

LA LENTILLE DE RIDLEY

Indications et technique d'inclusion

Complications post-opératoires

Résultats

Travail du Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital
de l'Antiquaille

(Professeur Agrégé Louis PAUFIQUE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 26 Janvier 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges CAMBRILLAT

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 14 Novembre 1923, à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Éditeurs

42, quai Gailleton, 42

1955

CAMBRILLAT (Georges)

La lentille de Ridley. Indications et technique d'inclusion. Complications post-opératoires. Résultats.

Lyon, Bosc Fr., 1955, 8°, 88 p.
1 figure.

(Thèse de Médecine, Lyon, 1954-55,
n° 83)

CAMBRILLAT (Georges)

La lentille de Ridley. Indications et technique d'inclusion. Complications post-opératoires. Résultats.

Lyon, Bosc Fr., 1955, 8°, 88 p.
1 figure

(Thèse de Médecine, Lyon, 1954-55,
n° 83).

CAMBRILLAT (Georges)

La lentille de Ridley. Indications et technique d'inclusion. Complications post-opératoires. Résultats.

Lyon, Bosc Fr., 1955, 8°, 88 p.
1 figure.

(Thèse de Médecine, Lyon, 1954-55,
n° 83).

CAMBRILLAT (Georges)

La lentille de Ridley. Indications et technique d'inclusion. Complications post-opératoires. Résultats.

Lyon, Bosc Fr., 1955, 8°, 88 p.
1 figure.

(Thèse de Médecine, Lyon, 1954-55,
n° 83).

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1954-1955. — N° 83

LA LENTILLE DE RIDLEY

Indications et technique d'inclusion

Complications post-opératoires

Résultats

Travail du Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital
de l'Antiquaille

(Professeur Agrégé Louis PAUFIQUE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 26 Janvier 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges CAMBRILLAT

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 14 Novembre 1923, à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Editeurs

42, quai Gailleton, 42

1955

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. LEPINE Doyen M. HERMANN
Assesseur M. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, PATEL,
LEPINE, SAVY, MOURIQUAND TRILLAT, LERICHE, MAZEL, LEULIER.

PROFESSEURS

Clinique médicale A.	MM. FROMENT.
Clinique médicale B.	P. RAVAUULT.
Clinique chirurgicale A.	SANTY.
Clinique chirurgicale B.	WERTHEIMER.
Clinique ophtalmologique.	BONNET.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	MAYOUX.
Clinique urologique.	CIBERT.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.	DUFOURT.
Clinique dermatologique et syphiligraphie.	GATE.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale.	DECHAUME.
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie.	SEDALLIAN.
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile.	GUILLEMINET.
Clinique gynécologique.	POLLOSSON.
Clinique obstétricale.	PIGEAUD.
Clinique stomatologique.	DUCLOS.
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.	BERNHEIM.
Pharmacie et pharmacologie.	X...
Physiologie.	HERMANN.
Anatomie pathologique.	MARTIN J.-F.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.	PONTHUS.
	(détaché à Beyrouth)
Médecine du Travail.	BOURRET.
Parasitologie et pathologie exotique.	GARIN.
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.	ROCHET.
Chimie organique et toxicologie.	CHAMBON.
Pathologie générale et expérimentale.	JOSSERAND.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	DELORE.
Anatomie.	GABRIELLE.
Pathologie interne.	CROIZAT.
Chimie biologique et médicale.	ENSELME.
Pathologie chirurgicale.	MALLET-GUY.
Histologie.	NOEL.
Pharmacie galénique et matière médicale.	REVOL.
Médecine légale et déontologie.	X...
Thérapeutique.	LEVRAT.
Hygiène.	SOHIER.
Biologie médicale et pharmacodynamie.	JOURDAN.
Propédeutique chirurgicale.	BERTRAND.
Botanique et cryptogamie.	NETIEN.
Chimie analytique pharmaceutique.	BADINAND.



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique.	M. BANSSILLON	Pharmacie et pharmacologie.	M. DREVON.
Physique biologique.	M. BERGER.		

MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Parasitologie.	MM. COUDERT.	Bactériologie.	MM. BERTOYE A.
Parasitologie.	ROMAN.	Physiologie.	CHATONNET.
Histologie.	X...	Physiologie.	CIER.
		Biochimie médicale.	CREYSSSEL R.

AGREGES EN EXERCICE

Pathologie médicale.	MM. BRUN.	Orthopédie.	MM. MARION Joseph.
Pathologie médicale.	GIRARD M.	Obstétrique.	BROCHIER.
Pathologie médicale.	GIRARD P.	Obstétrique.	MAGNIN.
Pathologie médicale.	JEUNE.	Obstétrique.	MATHIEU J.
Pathologie médicale.	VACHON.	Anatomie pathologique.	GUICHARD.
Pathologie médicale.	GALY.	Anatomie.	LATARJET.
Pathologie médicale.	GONIN.	Urologie.	PERRIN.
Pathologie chirurgicale.	BERARD.	Ophtalmologie.	PAUFIQUE.
Pathologie chirurgicale.	DESJACQUES.	Neuro-chirurgie.	LECUIRE.
Pathologie chirurgicale.	LABRY.	Oto-rhino-laryngologie.	X...
Pathologie chirurgicale.	TRILLAT.	Dermato-syphiligraphie.	THIERS.
Pathologie chirurgicale.	DARGENT.	Médecine légale et Médecine du Travail.	ROCHE.
Pathologie chirurgicale.	MANSUY.		
Pathologie chirurgicale.	GUILLET.		

CHARGE DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES - AGREGÉ

Hygiène.	M. BENAZET.	Pharmacologiste Pharmacie.	M. CIER André.
Histologie.	M. DUMONT Louis.	Chimie organique.	
Physique et Biologie.	M. MORET.	et Toxicologie.	M. PERROT Louis.

LES EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : M. BONNET ; Assesseurs : MM. P.-RAVAULT, PAUFIQUE et PERRIN.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A MA GRAND-MERE

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A TOUS LES MIENS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE DOCTEUR P. BONNET

Professeur de Clinique Ophtalmologique

Chirurgien des Hôpitaux

Sa grande culture et ses dons d'enseignement nous ont particulièrement séduits. Il nous a appris la valeur de l'observation clinique rigoureuse et la nécessité de considérer constamment les rapports de notre spécialité avec la médecine générale. Nous sommes très touché de la bienveillance qu'il nous a manifestée pendant notre internat.

Nous l'assurons de notre attachement et de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS PAUFIQUE

Professeur Agrégé à la Faculté

Ophtalmologiste des Hôpitaux

Nous lui devons d'avoir connu pendant plus de deux ans, l'enthousiasme du travail avec un « grand patron ». Jour après jour, tantôt près de sa lampe à fente, tantôt à ses côtés en salle d'opération, nous avons profité de sa grande expérience clinique et de sa virtuosité chirurgicale.

Nous voulons lui exprimer ici l'infinie reconnaissance que nous lui devons pour tant de leçons humaines et cliniques et pour nous avoir donné ce beau métier que nous aimons.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P.P. RAVALT

Professeur de clinique médicale

Son grand sens clinique et l'art qu'il possède de la leçon faite au lit du malade, en font un maître très attachant. Nous sommes très sensible à l'honneur qu'il nous fait de juger cette thèse et le prions de croire à notre respectueuse admiration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. PERRIN

Professeur Agrégé d'Urologie

Chirurgien des Hôpitaux

Nous apprécions tout particulièrement la chaleur de son accueil et la sympathie qu'il nous a témoignées, au cours d'un semestre dont le souvenir nous est cher. Nous sommes heureux de lui dire ici notre attachement et notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONAMOUR

Ophtalmologiste des Hôpitaux

Il fut notre juge au cours d'une épreuve difficile. Nous pensons ne pas le décevoir pour la confiance qu'il mit en nous.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUGONNIER

Ophtalmologiste des Hôpitaux

Nous aimons travailler à son contact et admirons la clarté de son esprit et la précision de son geste chirurgical.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHAVANNE

Sa grande bonté pour les malades et sa conscience professionnelle nous sont un sujet d'admiration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. ETIENNE

En témoignage d'amitié et de reconnaissance.

A MESSIEURS LES DOCTEURS J.L. BONNET, J. ROUGIER,
CH. BARUT

Leur amitié nous est chère.

A NOS AINES A L'INTERNAT
MESSIEURS LES DOCTEURS CL. SPIRA, P.G. MOREAU

Avec nos vœux de réussite.

A NOS CAMARADES D'INTERNAT D'OPHTALMOLOGIE

MADemoisELLE LE DoctEUR I. BONNET
MONSIEUR LE DoctEUR P. MAGNARD

En souvenir des jours heureux.

A MADAME B. THEVENIN
A MADAME SŒUR FAYARD, A MADAME SŒUR CARRAT,
A MADAME SŒUR LAMBERT

Dont le dévouement et la bonne humeur facilitent tant le travail de l'interne.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BONNET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESJACQUES

MONSIEUR LE PROFESSEUR CIBERT

MONSIEUR LE PROFESSEUR POLLOSSON

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERTRAND

MONSIEUR LE DOCTEUR NAUSSAC

MONSIEUR LE PROFESSEUR P.P. RAVAUT

INTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PERRIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR GATE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BONNET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUFIQUE (4 semestres)

MONSIEUR LE DOCTEUR IMBERT

(Hôpital Renée Sabran, Giens)

A MES CONFERENCIERS D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

DOCTEURS BUFFARD, ESTRAGNAT, M. DEVIC,
SAUBIER, GILBERTAS

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

L'opération de la cataracte après la pratique de l'abaissement, puis le règne de l'extra-capsulaire, semblait avoir trouvé sa réalisation parfaite dans la technique d'extraction capsulo-lenticulaire. Cependant toute chirurgie d'exérèse concernant un appareil aussi important que le cristallin restait imparfaite. Elle était incapable de restituer à l'œil un système optique semblable à celui qu'il possédait avant l'intervention. L'idée s'imposait donc de placer une lentille dans les milieux oculaires. Pour qu'une telle intervention soit réalisable, les chimistes devaient fournir aux médecins un corps transparent inaltérable d'un indice de réfraction voisin de celui du cristallin humain, matière qui fut parfaitement tolérée par les tissus. Le premier qui osa tenter l'expérience est un chirurgien anglais HAROLD RIDLEY. Ses recherches suscitèrent un grand intérêt de la part des ophtalmologistes du monde entier. Le public lui-même s'intéresse à la question et déjà les malades réclament l'opération capable de leur restituer la vue sans les obliger à porter des lunettes lourdes et inesthétiques.

Le docteur PAUFIQUE, depuis 1952, pratique la méthode préconisée par RIDLEY. Il a bien voulu nous confier ses observations.

Nous rapporterons l'expérience clinique acquise à propos de plus de trente cas opérés par lui-même.

**

En 1939 FOSTER écrit dans le *Leeds Medical Society Magazine* un article où il envisage l'insertion d'un néo-cristallin dans les milieux oculaires. Mais à cette époque, l'auteur n'avait pas encore le matériel plastique et il ne pouvait envisager d'insérer un cristallin humain transparent par analogie avec la trans-

plantation d'un greffon cornéen. Aucune solution ne fut donc donnée jusqu'en septembre 1949, date du début des travaux de RIDLEY.

Les recherches de ce Chirurgien furent rendues publiques en juillet 1951 au Congrès d'Oxford. Un recul de 17 mois permettait déjà de constater l'absence de toute complication sérieuse après insertion d'un cristallin artificiel. En décembre 1951, 27 cas sont analysés. Les deux premières lentilles insérées avaient une puissance de réfraction trop forte. Après modification de la lentille l'expérience semblait réussie, et dans un article du *British Journal* H. RIDLEY conclut que la lentille peut rester en bonne position, ne donne pas lieu à des réactions inflammatoires tardives, et est bien tolérée pendant deux ans au moins.

En octobre 1952, il publie à la session de l'Académie Américaine d'Ophthalmologie et d'Otolaryngologie, les résultats de 63 cas opérés. Ses conclusions sont extrêmement optimistes, tout en faisant remarquer qu'il s'agit d'une intervention minutieuse et difficile.

En 1954, les dernières statistiques publiées dans le *British Journal* font état de plus de 150 interventions pratiquées depuis trois ans et demi.

Cependant, depuis la création du prototype de la lentille par RIDLEY, de nombreux chirurgiens s'intéressent à ce nouveau type d'intervention.

Alfredo ARRUGA dès décembre 1951, publie dans les archives de la Société Ophthalmologique Hispano-Américaine, l'évolution post-opératoire de neuf sujets chez qui il a pratiqué l'inclusion de la lentille en compagnie de John FOSTER de Leeds. Dans le cours des années 1952 et 1953, diverses publications sont signées par H. et A. ARRUGA. Ce dernier a bien voulu envoyer récemment au Docteur PAUFIQUE, une statistique portant sur 24 malades opérés.

En juin 1952, Jorge L. MALBRAN présente à la Société Argentinienne d'Ophthalmologie, 15 cas d'inclusion de la lentille de Ridley.

En septembre 1952, Luis DOLCET, de Barcelone, publie au Congrès de la Société d'Ophthalmologie Hispano-Américaine, le résultat de 7 cas opérés par lui. A la même Société, Silvan LOPEZ propose d'employer une ventouse de caoutchouc pour l'introduction de la lentille. En Italie, la même année, CAVARA a pratiqué trois inclusions de lentille de RIDLEY.

En juin 1953, JOAQUIN BARRAQUER publie 17 cas, opérés de mai 1952 à juillet 1953.

En Grèce, CHARAMIS s'initie également à la méthode. En France enfin, DESVIGNES, MILLER, publient des articles où ils font état de leur expérience sur la nouvelle intervention.

Quant aux publications américaines, elles reflètent un certain pessimisme à propos de l'avenir de la méthode. Déjà en 1952, à la suite de la communication faite par RIDLEY au Congrès annuel de l'American Academy, DERRICK VAIL de Chicago, dit que beaucoup parmi les ophtalmologistes américains pensent, qu'en dépit des cas rapportés par RIDLEY, cette opération est d'une grande témérité. Pour eux, le hasard qui guide l'évolution des suites opératoires prévaut sur le faible avantage obtenu par l'acquisition de la vision binoculaire et d'un confort visuel post-opératoire.

HAMDI de Philadelphie semble plus confiant. Il a pratiqué vingt interventions entre mars 1952 et mai 1953. Il insiste sur la nécessité d'un choix soigneux des cas traités par cette méthode.

La même opinion est émise par MAC LEAN J.A. de Vancouver, qui publie 17 cas.

ANDREW de ROETH (Spokane Washington), dans l'American Journal Ophtalmology de 1953, publie un réquisitoire contre l'intervention en insistant sur les dangers d'iritis post-opératoire et de déplacement secondaire de la lentille, qui font considérer que cette méthode reste au stade expérimental.

Dans le même journal Georgiana THEOBALD en 1953, publie le cas d'un malade dont l'œil énucléé a été examiné par le Docteur DERRICK VAIL. Il a trouvé une importante réaction inflammatoire de l'iris et la formation d'une membrane conjonctive, en réponse à l'agression faite par la lentille qui se comporte comme un véritable corps étranger intra-oculaire.

Les conclusions des auteurs américains doivent être discutées. Nous croyons, qu'en face de l'enthousiasme des uns et du pessimisme des autres, il est bon de s'en référer aux faits cliniques. Nous développerons dans les chapitres suivants, les principes de la méthode et les résultats obtenus par le Docteur PAUFIQUE, considérant par ailleurs que cette intervention reste d'exécution difficile et doit être pratiquée par un ophtalmologiste expérimenté.

CHAPITRE II

LA LENTILLE

Les problèmes qu'il fallut résoudre pour créer une lentille capable de remplacer le cristallin humain se résumaient sous deux rubriques principales. Il fallait trouver le matériel transparent, puis définir les caractéristiques physiques qui pouvaient permettre la construction de la nouvelle lentille.

Harold RIDLEY a fourni de nombreuses explications à ce sujet. Nous lui empruntons les indications techniques de ce chapitre.

Dans le choix du matériel transparent, le verre dont la tolérance par l'œil était connue, pouvait être susceptible de remplacer la matière plastique. Cette dernière fut choisie pour ses propriétés physiques plus proches de celles du cristallin humain et pour son faible poids spécifique.

La tolérance à la matière plastique était connue depuis les premiers essais de la chirurgie articulaire. On avait constaté l'absence de réaction des tissus en sa présence. La neuro-chirurgie utilise ce plastique pour faire des volets craniens. Pendant la guerre on observe que les yeux des aviateurs peuvent tolérer des corps étrangers intra-oculaires lorsque ceux-ci proviennent du bris des glaces de leur cockpit, celles-ci étant en matière plastique.

Il fut donc décidé que la lentille serait moulée dans du poly-méthyl méthacrylate ou perspex commercialisé sous le nom de plexiglass. Celui-ci est employé dans de très nombreuses industries. Parmi ses variétés le *Transpex I* est le corps inaltérable qui convient par sa polymérisation complète qui élimine tout risque de transformation chimique secondaire. Ses propriétés restent constantes. Son indice de réfraction est de 1,49 et son poids spécifique de 1,19. Ses caractéristiques sont proches de celles du cristallin humain dont le poids spécifique est de 1,085 et l'indice de réfraction aux environs de 1,40.

Les caractéristiques physiques de la lentille furent recherchées par comparaison avec le cristallin humain. Son diamètre fut calculé pour avoir environ 1 m/m de moins. Les courbures antérieures et postérieures sont à peu près semblables à celles du cristallin.

Après des essais successifs, la lentille définitive a un diamètre de 8 m/m 35, une épaisseur de 2 m/m 40. Son rayon de courbure antérieure est de 10 m/m, son rayon de courbure postérieure de 6 m/m. Sa périphérie comporte sur ses deux faces, un sillon circulaire permettant de prendre la lentille dans les mors d'une pince. Le pouvoir de réfraction est de 74 dioptries dans l'air et de 24 dioptries dans l'humeur aqueuse.

La stérilisation de la lentille se fait par immersion simple pendant une heure dans un liquide antiseptique tel le *Cetrimide* ou le *Cetavlon*. Il ne faut pas exposer la matière plastique à la chaleur qui entraîne des déformations modifiant la puissance de la lentille. Après stérilisation il est nécessaire de laver plusieurs fois les cristallins à l'eau stérile avant de les poser sur la table d'opération. RIDLEY propose une cassette où les lentilles sont disposées en série et prêtes à être saisies et insérées. Le Docteur PAUFIQUE fait déposer les lentilles dans une cupule pleine d'une solution de pénicilline. Le lavage minutieux de la lentille avant son insertion, est une précaution nécessaire pour éviter les réactions inflammatoires du segment antérieur.

L'examen de la réfraction d'un œil équipé d'une lentille montre une très légère myopie de l'ordre d'une dioptrie. Nous n'avons jamais trouvé de différence de réfraction telle qu'elle entraîne une anisométrie incompatible avec une vision binoculaire normale.

CHAPITRE III

LA TECHNIQUE OPERATOIRE

La technique opératoire est basée sur la réalisation aussi parfaite que possible de l'extraction extra-capsulaire du cristallin cataracté. Dans l'espace camérulaire postérieur laissé libre par l'extraction, le chirurgien insère la lentille. Celle-ci se trouve placée entre un plan postérieur solide et transparent et un plan antérieur dont la stabilité dépend du tonus du sphincter irien.

Deux méthodes peuvent être pratiquées par le chirurgien. Il peut réaliser l'insertion de la lentille dans le même temps que l'extraction extra-capsulaire ou la remettre à un temps ultérieur. Nous étudierons ces deux techniques opératoires.

**

Pour la conduite de l'intervention, la préparation du malade a une grande importance. Elle doit procurer au chirurgien le silence vitréen parfait, qui facilitera l'exécution de gestes minutieux et la mise en place de la lentille. La prémédication entreprise la veille de l'intervention et achevée une heure avant, assure au patient le calme nécessaire. Bien qu'elle dépende en partie du tempérament individuel de celui-ci, la médication la plus efficace semble être l'association du gardénal et du largactyl. A l'anesthésie locale, on adjoint la curarisation qui procure le relâchement complet de la musculature et le silence vitréen recherché.

La technique de l'anesthésie locale est semblable à celle de toute extraction de cataracte. Le docteur PAUFIQUE pratique une injection rétro-bulbaire et sus-bulbaire du mélange scurocaïne-adrénaline, une akinésie palpébrale au mélange scurocaïne-alcool à la proportion de 20 %. H. RIDLEY ne fait pas de rétro-bulbaire.

Le diamètre de la pupille doit être réglé au cours de l'anesthésie. Il faut obtenir une dilatation moyenne qui ne cède pas à l'ouverture de la chambre antérieure. Cette dilatation ne doit pas affaiblir le tonus du sphincter pupillaire. Il faut pouvoir le contracter en fin d'intervention par irrigation médicamenteuse. Pour obtenir une telle dilatation, on pratique une injection sous-conjonctivale au limbe à VI heures d'une solution d'adrénaline au millième. Deux gouttes suffisent en général. Le diamètre de la pupille doit être en moyenne de 5 à 6 millimètres. Une dilatation trop grande est gênante pour l'insertion de la lentille derrière le bord inférieur de l'iris. Par contre, il n'est pas plus difficile de l'insérer derrière un iris plus faiblement dilaté. L'emploi de parasympatholytiques et de leurs dérivés doit être proscrit, car ils paralysent le tonus du sphincter irien.

Après la mise en place d'un blépharostat d'ARRUGA, le globe est fixé par un fil passé dans l'insertion du droit supérieur. La kératotomie doit être large et ne pas saigner. Elle est le plus souvent cornéenne, ce qui permet de placer des sutures solides. Mais elle peut comporter deux lambeaux conjonctivaux latéraux. Lorsque la tranche de section saigne, il faut coaguler chaque vaisseau de la tranche sclérale à la spatule chauffée sur la flamme d'une lampe à alcool. L'incision doit ouvrir la moitié de la circonférence cornéenne, une incision trop étroite est une gêne pour l'introduction de la lentille. RIDLEY pratique une incision ménageant deux lambeaux conjonctivaux. ARRUGA prétend que l'incision des 2/5 de la cornée suffit dans les cas courants chaque fois que les masses molles sont facilement évacuées. Mais dans tous les cas de noyau dur il agrandit son incision.

Il faut poser trois fils de suture cornéenne. Un point cornéen central au fil de soie dont l'extrémité libre, munie d'un nœud d'arrêt permet d'écarter le lambeau cornéen pour ouvrir la chambre antérieure, et deux points latéraux en fil d'attente noués mais non serrés. Une petite iridectomie périphérique basale est faite ensuite sur le méridien de XII heures. Depuis le mois de novembre 1954, le Docteur PAUFIQUE a remplacé l'iridectomie périphérique par une large iridotomie basale étendue de XI heures à I heure. Celle-ci permet à la partie supérieure de l'iris de descendre comme un rideau au-devant de la lentille. Cette méthode prévient l'ascension et le décentrement secondaire de la pupille. Elle assure une bonne stabilité à la

lentille. Elle est pratiquée en dépliant l'iris, saisi avec une pince, avant d'introduire le ciseau dans sa racine. De cette façon, l'iridotomie est franchement basale.

Avant d'extraire les masses cristalliniennes, il faut arracher un large lambeau capsulaire antérieur. La kystitomie devra être large. Elle se fait circulairement au ras de l'iris dilaté. On saisit alors le lambeau capsulaire à la pince pour l'extraire. Lorsque ce lambeau reste adhérent à sa partie supérieure il doit être sectionné au ras de la plaie cornéenne aux ciseaux de WEEKERS. Quelquefois, il faut introduire dans la chambre antérieure une pince mousse pour saisir des débris capsulaires persistants. On peut le faire avant ou après expression du noyau, mais il faut être extrêmement prudent et ne pas exercer de traction forte sur ces lambeaux, tractions qui risquent de désinsérer la capsule postérieure.

Après expression du noyau cataracté, lorsqu'il existe, il est nécessaire de faire un lavage très soigneux de la chambre antérieure, qui doit entraîner les masses molles. Celui-ci est fait à l'aide d'une solution isotonique de pénicilline. Il doit enlever toutes les masses susceptibles de persister dans l'angle caméculaire sous la racine de l'iris. Il faut pour cela introduire l'embout de la canule à irrigation à travers l'orifice d'iridectomie et laver soigneusement la chambre postérieure. RIDLEY conseille de tenir l'embout à distance du limbe pour ne pas risquer de désinsérer la zonule. On doit en fin d'intervention, obtenir une pupille uniformément noire et ronde.

Lorsque l'exécution de ce premier temps opératoire a été parfaite, l'insertion de la lentille est rapide. Elle est saisie dans les mors d'une pince spéciale dessinée par RIDLEY et modifiée par ARRUGA. Sa courbure permet de ne pas être gêné par la saillie orbitaire au cours de son emploi. La rainure périphérique de la lentille est saisie solidement dans les mors de la pince. L'introduction doit se faire de telle façon que la surface la plus plane soit antérieure. Celle-ci est facilement repérable soit en regardant la lentille de profil, soit en comparant le reflet donné par ses deux faces.

La main droite fait pénétrer la lentille dans la chambre antérieure et grâce au mouvement de va et vient latéral, l'insinue sous le rebord inférieur de l'iris. Elle insère le bord lentil dans le sinus inférieur entre capsule et bord pupillaire. La len-

tille doit disparaître à moitié sous l'iris ; on peut alors la lâcher. La main gauche la maintient en place par une très légère pression d'une spatule à iris sur son bord supérieur. La main droite à l'aide d'une pince spéciale mousse repose les bords latéraux et supérieur devant la lentille. Ces deux gestes doivent se succéder rapidement. La réduction du bord supérieur de l'iris ne doit pas être traumatisante.

En fin d'intervention, il est nécessaire de pratiquer un lavage doux de la chambre antérieure, pour éliminer le pigment irien qui est toujours abondant. Il permet de faire glisser le stroma irien sur la lentille et facilite le centrage final. S'il est nécessaire, une rinçure de seringue d'Acécoline en lavage, assure une contraction plus efficace du sphincter pupillaire. Après serrage des fils, on introduit une bulle d'air dans la chambre antérieure. Le centrage final de la lentille se fait par de légères pressions au limbe à l'aide d'une spatule mousse. On peut terminer par une injection de Pénicilline sous-conjonctivale, et l'instillation d'un myotique.

*
**

Lorsque le chirurgien a décidé d'insérer la lentille acrylique dans un second temps opératoire, certaines précautions doivent être prises. Après la réalisation du premier temps, il faut surveiller dans les suites opératoires précoces, l'état de l'iris et le mettre au repos par l'instillation répétée d'Atropine. En général, deux à trois mois après l'extra-capsulaire, la cicatrice de kératotomy est cicatrisée et l'on peut réintervenir pour insérer la lentille. Les masses restantes ont disparu, et la capsule postérieure est transparente. On s'est assuré avant la réintervention de l'intégrité du plan postérieur par un examen à dilatation complète, qui permet de dépister les désinsertions zonulaires passant parfois inaperçues lorsque l'on insère la lentille dans le même temps opératoire.

L'intervention doit être conduite de façon à ménager au maximum l'intégrité du plan capsulaire postérieur et à réduire le plus possible le nombre des manipulations de l'iris. L'ouverture de la chambre antérieure se fait très progressivement en vidant lentement l'humeur acqueuse et sans effectuer de tiraillements sur la zonule. Il faut pour cette raison pratiquer une

incision de sécurité en ouvrant un sillon préalable au limbe au scarificateur de DESMARRES, sur la moitié supérieure de la circonférence cornéenne. On passe dans ce sillon le fil de soie de suture cornéo-sclérale et l'incision est complétée au fond de ce sillon à la lance de WEILL, puis agrandie latéralement aux ciseaux. Grâce à ce procédé, la chambre antérieure est vidée très lentement et aucune traction néfaste n'est exercée sur la zonule. On doit alors faire la large iridotomie supérieure qui n'a pas été faite dans le premier temps opératoire, et insérer la lentille. Il faut cependant s'être assuré auparavant de l'absence de synéchies irido-capsulaires en introduisant l'extrémité de la spatule à cyclodialyse dans la chambre postérieure.

*
**

L'indication respective de l'une et l'autre techniques est basée sur la maturité de la cataracte. L'examen pré-opératoire à la lampe à fente permet de décider si l'on insèrera la lentille dans le même temps. Mais l'on peut tout aussi bien sur la table d'opération remettre à plus tard l'insertion du cristallin artificiel.

CHAPITRE IV

LES INDICATIONS OPERATOIRES

A une époque où la perfection de la technique chirurgicale permet d'obtenir une acuité visuelle de 10/10 après correction optique, chez des sujets opérés de cataracte par extraction capsulo-lenticulaire, il faut cependant que certains inconvénients soient suffisamment importants pour inciter un chirurgien à pratiquer une intervention différente. La considération des désavantages secondaires à la pratique d'une extraction courante est le guide qui dans chaque cas doit faire poser l'indication de l'intervention de RIDLEY.

L'aphakie opératoire entraîne la perte d'une lentille convergente et nécessite pour sa correction un verre convexe épais dont la position très antérieure crée des désavantages :

Le grossissement du diamètre apparent des objets empêche toute fusion avec l'image du même objet donnée par un œil normal. Cette aniseikonie interdit l'emploi du verre correcteur devant un œil opéré pour cataracte unilatérale alors qu'elle est supportée lorsque les deux yeux sont aphaques.

Il existe d'autre part des phénomènes d'aberration pour les rayons lumineux traversant les portions périphériques d'un verre convexe de forte puissance focale. Ceci entraîne un déplacement apparent des objets. Pour obvier à cet inconvénient on utilise des verres de faible diamètre, parfaitement centrés et rapprochés du plan cornéen, ce qui n'accorde qu'un champ de vision utile très restreint.

Ces deux éléments, l'aniseikonie et la réduction du champ visuel sont donc incompatibles avec l'établissement de la vision binoculaire. Ils obligent même à obturer un œil aphaque, alors que l'œil congénère est normal.

Depuis 1949, le verre de contact a rendu à beaucoup de ces aphaques unilatéraux l'avantage d'une vision binoculaire. Ce-

pendant, certains sujets restent intolérants, et l'emploi du verre de contact nécessite de la part du malade une coopération, qui pour être efficace, est parfois obligée de faire appel à beaucoup de patience. L'introduction dans l'œil, d'une lentille artificielle a transformé les données du problème.

Nous envisagerons d'abord les circonstances étiologiques dans lesquelles se présentent les malades atteints de cataracte unilatérale et susceptibles d'être opérés par cette méthode.

L'étiologie la plus fréquente est la cataracte traumatique, qu'il s'agisse de corps étranger intra-oculaire extrait, ou de plaie pénétrante du globe. Dans l'un et l'autre cas., il faut attacher de l'importance à l'état anatomique de l'iris, soit qu'une iritis post-traumatique ait entraîné une atrophie irienne qui contre-indique l'intervention, soit que le corps étranger ait lésé une portion plus ou moins importante du sphincter, et que la tonicité de celui-ci en soit profondément affectée.

Parfois le chirurgien a décidé de conduire l'intervention pour pratiquer l'insertion de la lentille, et c'est au cours de l'irrigation de la chambre antérieure, qu'il constate une atrophie irienne incompatible avec la mise en place de celle-ci.

Il faut veiller d'autre part, à l'intégrité de la capsule postérieure. C'est autour de l'orifice de perforation de celle-ci, que se forment les brides capsulaires qui entraînent sa rétraction. Parfois, la perforation laisse passer une perle de vitré, constituant ainsi une contre-indication à l'insertion de la lentille. Un examen soigneux de la capsule postérieure est donc nécessaire en cours d'intervention.

La cataracte contusive représente une indication excellente de l'inclusion de la lentille. Mais, on a davantage le plus souvent à pratiquer une intervention en deux temps, la maturation de cette cataracte étant lente. Deux éléments doivent être surveillés : l'état de l'iris et du sphincter pupillaire, et l'absence de subluxation du cristallin.

La cataracte symptomatique de l'hétérochromie irienne de FUCHS qui a une évolution souvent beaucoup plus rapide, débute en général par une opacité en soucoupe postérieure ; on a avantage à attendre la maturité de la cataracte pour opérer ces malades. Souvent, cependant, le cristallin au moment de l'extraction est formé d'un noyau dur, et il est nécessaire de pratiquer un abondant lavage des masses. L'atrophie irienne rend difficile

l'inclusion de la lentille, et le pigment s'élimine en quantité particulièrement abondante.

La cataracte congénitale ne représente une indication de l'intervention de RIDLEY que lorsqu'elle est unilatérale. Dans ce cas il faut ménager la possibilité d'insérer une lentille et faire la discision en conservant l'intégrité de la capsule postérieure. Si le sujet est jeune, le verre de contact sera porté tôt, s'il est âgé de plus de 12 ans, on pourra envisager d'insérer secondairement un cristallin artificiel.

Toutes les cataractes survenant sans cause déterminée chez les sujets jeunes, et atteignant un seul œil, représentent l'indication majeure de l'insertion de la lentille. Il faut cependant, dans ces cas, être d'une vigilance extrême, et rechercher à dilatation complète, tout signe capable de faire présager l'évolution rapide d'une cataracte controlatérale. La présence de vésicules fines sous la capsule antérieure, d'opacité des sutures, ou en soucoupe postérieure du côté opposé, doit faire rejeter l'inclusion de la lentille. Dans tous les cas strictement unilatéraux, l'interrogatoire recherche le traumatisme ancien oublié, qui permet d'expliquer la subluxation dont un examen minutieux vient de révéler les signes : Un faible iridodonésis et à dilatation complète, un léger tremblottement cristallinien. La subluxation est une contre-indication formelle à l'intervention.

Il est des indications qui sont renforcées par des impératifs sociaux. Le chauffeur de poids lourds ou le transporteur public, ont besoin de leur vision binoculaire. Les mécaniciens et beaucoup de métiers manuels, réclament une vision stéréoscopique pour faire sans danger leur travail.

Ainsi donc, la présence d'une cataracte unilatérale stricte chez un sujet jeune, doit être considérée comme une indication impérative de l'intervention de RIDLEY.

Peut-on étendre l'indication opératoire à la cataracte sénile ? Le Docteur PAUFIQUE a pratiqué plusieurs interventions de RIDLEY chez des sujets âgés de plus de soixante ans. La plupart d'entre eux montraient des signes d'extrême début d'une cataracte controlatérale. La méthode perd alors de son intérêt, car le sujet est rapidement privé de nouveau de la vision binoculaire, par l'établissement de la cataracte controlatérale. Cependant, l'interrogatoire des opérés, tendrait à justifier l'indication opératoire. Ils sont tous extrêmement satisfaits de récupérer un

champ visuel large, et de n'avoir pas à porter des lunettes lourdes et inesthétiques. Le Docteur PAUFIQUE rejette actuellement cette indication opératoire chaque fois que l'examen à dilatation complète montre un signe si minime soit-il de cataracte controlatérale. Mais il existe des cas, cependant rares, de cataracte unilatérale stricte après soixante ans. Pour ces cas l'indication est pleinement justifiée.

L'âge limite de l'intervention est donc difficile à estimer. On peut fixer plus facilement le plus jeune âge. H. RIDLEY pense que l'on peut opérer à partir de douze ans, âge pour lequel le cristallin, atteint sa taille définitive. Le Docteur PAUFIQUE n'a pas opéré de sujet au-dessous de quatorze ans. Le patient le plus âgé est une femme de soixante-dix ans, qui a actuellement 9/10 d'acuité pour chaque œil, et une vision binoculaire normale. L'âge moyen des opérés est de quarante et un ans.



La décision du type d'intervention repose sur le degré de maturité de la cataracte. Le chirurgien dispose de deux méthodes : soit l'introduction de la lentille dans le même temps opératoire, soit l'intervention en deux temps par insertion différée de la lentille.

Toute cataracte à maturité peut être opérée en un temps. Il en est de même de la cataracte intumescence. Chaque fois qu'au cours de l'extraction on constate la présence d'un noyau dur, il faut être méfiant, et n'insérer la lentille qu'après nettoyage parfait de la chambre postérieure. Lorsque les masses apparaissent flottantes au cours du lavage, et restent adhérentes à la capsule postérieure, il vaut mieux remettre l'insertion à un second temps. Toutes les cataractes en soucoupe postérieure ou nucléaires, sont des indications à intervenir en plusieurs temps. Le malade sera prévenu de cette éventualité. Cependant, il peut y avoir pour lui un avantage à attendre quelques mois l'insertion de la lentille. On profite de ce temps intercalaire pour pratiquer l'essai du verre de contact. Chaque fois que le patient est correctement appareillé, et supporte bien son verre de contact, il devient inutile de placer la lentille.

Toute cataracte unilatérale stricte du sujet jeune nécessite donc une intervention extra-capsulaire. L'état de la capsule pos-

térieure pendant l'intervention, permet de décider des suites opératoires. Chaque fois que la mise en place de la lentille est différée, le malade essaie le verre de contact dans la période intercalaire.



Les contrindications à l'insertion de la lentille doivent être connues.

Il en est de nature optique : ce sont la myopie forte, et les anisométries fortes pré-existantes : myopie ou hypermétropie unilatérale forte. Dans chaque cas il faudra donc autant que possible s'efforcer de préciser l'état de la réfraction antérieure de l'œil atteint de cataracte.

Les contrindications cliniques sont représentées par les atteintes inflammatoires anciennes du segment antérieur. Un examen soigneux doit en rechercher les atteintes séquellaires. Toute iritis chronique, toute iridokératite, même refroidie est une contreindication opératoire. Ces malades présentent en effet des iritis post-opératoires dont la gravité risquerait d'être un danger pour l'avenir de l'œil.

Il faut, en outre, savoir dépister le glaucome chronique latent et s'abstenir d'insérer la lentille chez ces sujets. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

Parmi les contrindications d'ordre général on doit rechercher le diabète, l'hypertension, les maladies rénales et sanguines. Les lésions iriennes au cours de ces maladies sont fréquentes, et la présence de la lentille risque de créer des hémorragies graves. H. RIDLEY y ajoute les atteintes cardiaques et les maladies respiratoires sévères. Il a lui-même opéré trois malades diabétiques sous contrôle médical. Il a constaté dans les suites opératoires deux iritis sévères, le troisième n'eut pas de complications. Il faut, également, ne pas inclure la lentille chez les sujets eczémateux, qui risquent de présenter des eczémas aigus de la face dans la période post-opératoire.

Il y a enfin une contreindication qui survient sur la table d'opération, et qui provient de l'atteinte anatomique du plan capsulaire postérieur. Chaque fois que l'on n'aura pas pu conserver un plan capsulaire intact, il faudra renoncer à l'intervention. Mais parfois la capsule postérieure est extrêmement transparente et c'est au moment où l'on insère la lentille dans l'orifice

pupillaire que l'on s'aperçoit que celle-ci paraît s'enfoncer dans le vitré. Il faut dans ce cas, avant d'avoir rabattu la partie supérieure de l'iris au devant de la lentille, la retirer sans l'insérer. Le Docteur PAUFIQUE a dû ainsi quatre fois terminer l'intervention sans insérer la lentille.

CHAPITRE V

LES SUITES OPERATOIRES

I. — Suites opératoires normales.

Les suites opératoires normales de l'intervention de RIDLEY sont peu différentes de celles d'une extraction extracapsulaire courante. Chaque fois que l'extraction est correctement menée, les suites opératoires restent simples. La migration pigmentaire et les remaniements de l'épithélium postérieur de l'iris, sont cependant des signes nouveaux. Au cours de l'intervention, l'irrigation de la chambre antérieure entraîne une grande quantité de pigment. Dans les suites opératoires on retrouve durant les premiers mois la trace de ce pigment sur la face antérieure de la lentille, sous forme d'exsudats ronds de petite dimension très pigmentés. Il n'y en a pas sur la face postérieure de la cornée. Ils disparaissent en deux mois. Au cours des examens ultérieurs, l'iris n'est pas plus atrophique qu'avant l'intervention, mais il reste rigide pendant plusieurs mois bien qu'il commence à réagir faiblement au devant de la lentille. Plus on s'éloigne de la date de l'intervention, plus les milieux transparents sont clairs.

Les soins post-opératoires ont été conduits de la façon suivante : — le premier pansement fait sur la table d'opération est laissé en place vingt-quatre heures. Sous la coque de SAINT MARTIN on a instillé de l'ésérine en fin d'intervention et fait une injection de pénicilline sous-conjonctivale. Le malade reste au lit pendant quatre jours. A partir du deuxième jour le pansement est monoculaire. Il faut alors surveiller la position de l'iris et l'ouverture de la pupille. L'instillation de l'atropine doit être prudente ; elle est basée sur l'état de la dilatation pupillaire et l'importance de la réaction inflammatoire. RIDLEY remarque que la présence de la lentille suffit pour maintenir le sphincter en

demie mydriase sans lui faire perdre sa tonicité. L'état de la réaction pupillaire dans la période post-opératoire est le guide pour l'instillation des collyres : il ne faut pas laisser s'installer une mydriase susceptible de compromettre la stabilité de la lentille.

Pendant plusieurs mois, le Docteur PAUFIQUE a fait supprimer totalement l'instillation d'atropine dans les suites opératoires. Deux occlusions pupillaires furent constatées sur huit malades ainsi traités. Chaque fois une coréopraxie fut nécessaire pour le rétablissement de l'acuité visuelle.

L'instillation de cortisone à partir du huitième jour rend encore plus rapide l'éclaircissement des milieux oculaires. Tous les auteurs insistent sur son rôle bienfaisant ; mais il ne faut pas l'employer trop précocement pour ménager la cicatrisation de la plaie opératoire. On peut en poursuivre l'instillation durant tout le premier mois. Un auteur a constaté une reprise des phénomènes inflammatoires après l'arrêt de la cortisone ; nous n'avons jamais observé un tel phénomène.

Le malade sort de la clinique au vingtième jour, son œil est calme, l'acuité est déjà chiffrable.

II. — Suites opératoires anormales.

KÉRATITE STRIÉE :

Il est fréquent d'observer au cours de la première semaine une kératite striée légère. Mais certains opérés gardent pendant plus longtemps un œdème du stroma, qui peut atteindre toutes les couches cornéennes, ou rester localisé aux couches superficielles proches de la cicatrice de la kératotomie. La descemet présente des plis verticaux ; il y a souvent un œdème épithélial léger. Ces symptômes peuvent durer cinq à six semaines, mais ils disparaissent toujours totalement. Ils semblent dus à l'irrigation prolongée de la chambre antérieure par le sérum isotonique, provoquant des lésions de la descemet qui demandent un certain temps à se cicatriser.

Madame L... (Observation N° 30), a gardé pendant quinze jours une kératite striée qui a totalement guéri ; M. J... (obs. N° 13), pendant un mois ; M. P... (obs. N° 9), pendant quarante jours. Leur cornée est actuellement parfaitement claire.

— RETARD DE FORMATION DE LA CHAMBRE ANTÉRIEURE.

Nous n'avons jamais observé cette complication. La bulle d'air injectée en fin d'intervention évite les adossements iriens, favorise le centrage de la lentille. Au premier pansement, la chambre antérieure est reformée.

H. RIDLEY signale dans deux cas chez des sujets âgés un retard de cicatrisation de la kératotomie, qu'il met sur le compte de la mauvaise nutrition des tissus. Nous ne l'avons jamais constaté chez nos opérés.

— HYPHŒMA :

L'hyphœma survenant tôt dans les suites opératoires peut être d'origine traumatique. Il survient après le premier lever, soit que le malade reçoive un choc, soit même qu'il donne un coup de paupière violent au moment d'un examen.

L'hyphœma peut être abondant. A sa résorption il faut rechercher l'adossement de l'iris et souvent le décentrement de celui-ci. Le repos au lit permet la résorption rapide de l'hyphœma, mais le traitement doit être préventif en repoussant au cinquième jour la date du premier lever.

Nous avons constaté une fois (obs. N° 8), un hyphœma traumatique au cinquième jour. Les jours suivants on observait un avalement de l'iris en direction de la plaie opératoire, avec ascension pupillaire. La lentille reste en place. Un mois et demi après, le Docteur PAUFIQUE fait une iridectomie inférieure optique respectant le sphincter.

L'hyphœma peut être spontané. Nous en avons observé un cas qui fut peu abondant et sans gravité. Il dura huit jours, survint chez un malade opéré pour cataracte avec hétérochromie irienne, (obs. N° 10).

Enfin, l'hyphœma peut être symptomatique d'une petite rupture vasculaire au niveau d'une synéchie ; l'hémorragie ne survient pas au moment de la libération de la synéchie, mais sous le pansement. Cet hyphœma est en général peu abondant, et sans gravité.

IRITIS :

L'iris est l'élément le plus fragile. Il réclame une surveillance attentive dans les suites opératoires.

L'iritis à forme séreuse en est la forme la plus fréquente. Elle est classique dans les suites opératoires de l'extra-capsulaire. La présence de la lentille ne semble pas augmenter l'intensité de la réaction irienne. L'iris est œdémateux et en myosis ; ses vaisseaux sont dilatés. La chambre antérieure est opalescente, il n'y a pas de membrane fibrineuse dans l'aire pupillaire, mais on retrouve l'habituelle migration pigmentaire.

M. M... (obs. N° 1), opéré de cataracte traumatique, garde pendant quatre jours quelques masses dans la chambre antérieure. Elles se résorbent rapidement, mais il persiste une iritis exsudative, qui nécessite l'instillation d'atropine. Un mois après l'intervention, l'acuité visuelle est égale à $1/4$; il n'y a pas de synéchie. M. G... (obs. N° 4), cataracte d'étiologie indéterminée, présente pendant dix jours des précipités albumineux dans la chambre antérieure ; au quinzième jour, la réaction se calme sous atropine, l'acuité est déjà de $1/4$.

Cette iritis est vraisemblablement le témoin de la réaction entraînée par la résorption des masses. On la retrouve après les extra-capsulaires courantes. Lorsqu'elle est intense, et que la toilette de la chambre antérieure a été incomplète, la stabilité de la lentille peut être atteinte par la persistance des masses dans l'angle camérulaire postérieur. Deux de nos malades ont présenté ainsi une réaction exsudative qui a duré trois semaines et durant laquelle l'iris a décoiffé une lentille qui s'est progressivement subluxée.

Dans d'autres cas, l'iritis est fibrino-plastique, caractérisée par l'intensité de la migration pigmentaire, la formation d'une membrane fibrineuse plus ou moins dense qui après avoir collé la pupille à la lentille, évolue vers l'occlusion pupillaire. Cette iritis, même en l'absence d'atropine, guérit rapidement. Elle entraîne cependant un gros dommage visuel. Il faut alors pratiquer une corépraxie pour restituer une bonne vision. H. RIDLEY préconise la dissection de la membrane fibrineuse au couteau de ZIEGLER. Il signale que cette complication est survenue une fois dans sa statistique. Nous l'avons constatée deux fois. M^{me} B... (obs. N° 22) : l'iritis plastique entraîne une séclusion en myosis, l'acuité est égale à $1/10$. La corépraxie pratiquée deux mois après, ramène l'acuité à $7/10$. M. J... (obs. N° 29) cataracte conlusive, présente une importante iritis plastique avec séclusion. Après corépraxie, l'acuité visuelle est égale à $5/10$.

Dans tous les autres cas, et lorsque la séclusion se fait en demi-mydriase, le résultat visuel n'est pas compromis. M^{me} M... (obs. N° 23) constitue une iritis plastique en demi-mydriase. Trois mois après l'intervention, l'acuité est égale à 5/10. Progressivement la séclusion devient lâche et les pigments disparaissent.

L'iritis à hypopyon représente un tableau d'emblée plus alarmant. C'est la découverte au troisième jour d'un hypopyon en lunule. Il doit être formellement différencié de la présence de masses dans la chambre antérieure. Il évoque l'infection. Nous en avons observé un cas qui a totalement guéri (obs. N° 20). Pris à temps le traitement anti-infectieux a fait disparaître toute trace d'inflammation en 20 jours.

— SEGMENTITE ANTÉRIEURE :

Un malade chez qui l'indication opératoire fut posée à tort a présenté une segmentite antérieure grave. Venu consulter pour une cataracte unilatérale, ce sujet était un eczémateux chronique, dont les poussées faciales étaient rebelles à la thérapeutique courante. Après l'intervention, une poussée aiguë d'eczéma entraîna une segmentite grave calmée à grand peine par la cortisone générale. Ce cas représentait une erreur d'indication opératoire, l'eczéma seul est cause de cette inflammation oculaire.

Il existe donc deux types de réactions cliniques secondaires à l'introduction de la lentille, dues en partie au procédé d'extraction extra-capsulaire lui-même et non à la présence de la lentille.

Cependant, la réaction fibrino-plastique est bien particulière à cette intervention. L'intensité de l'iritis semble en rapport avec les nombreuses manipulations de l'iris au cours de l'intervention et avec l'état antérieur de celui-ci. Les réactions sont beaucoup plus fréquentes chez les malades opérés pour cataracte traumatique et qui ont déjà présenté une inflammation du segment antérieur au moment du traumatisme. La même constatation doit être faite pour les cataractes symptomatiques d'une hétérochromie irienne. Les réactions plastiques y sont plus

intenses que chez les malades ayant une cataracte d'étiologie indéterminée. Les résultats visuels témoignent en faveur de cette conception. Les auteurs qui ont publié leurs interventions sont d'un avis semblable.

Harold RIDLEY constate une inflammation transitoire, mais les dépôts fibrineux se dispersent rapidement si l'on évite d'employer les myotiques. Il considère que leur emploi, systématique dans ses premiers cas, pour éviter la luxation de la lentille, n'est pas utile. Il attribue cette iritis au traumatisme opératoire et aux masses résiduelles. Il recommande un lavage très soigneux de la lentille et surtout une très grande douceur dans les gestes opératoires, en évitant toute manipulation inutile. Après l'intervention, il conseille l'emploi de l'atropine, qui doit maintenir la pupille à un diamètre de quatre à cinq millimètres.

Pour ARRUGA, seuls ont des suites longues, les cas qui ont présenté auparavant des phénomènes phlogistiques au niveau du segment antérieur, surtout s'il y a eu des phases d'hypertension antérieure. Ils gardent alors des exsudats dans la chambre antérieure, avec trouble du vitré, qui dans quelques cas, limite l'acuité visuelle à moins de 2/10.

J. BARRAQUER fait des instillations répétées d'atropine et de cortisone, pour lutter contre un phénomène mécanique et inflammatoire dû aux réactions secondaires à l'introduction d'un corps étranger intra-oculaire. Néanmoins, à son avis, l'inclusion de la lentille laisse toujours un œil tranquille.

MALBRAN en fait une manifestation proportionnelle à la quantité de masses restées en place et constate, qu'après extraction intra-capsulaire, l'iritis est moins prononcée. Dans trois cas, il a dû pratiquer une synéctomie pour éviter une occlusion pupillaire.

Par contre, deux auteurs ont publié des cas, où la réaction inflammatoire fut si violente, qu'elle obligeait, soit à enlever la lentille, soit à énucléer l'œil.

Le premier, JONKERS, en Hollande, rapporte le cas d'un malade, chez qui il dut extraire la lentille trois mois après l'intervention, pour la persistance de phénomènes irritatifs. Mais il avoue que le nettoyage des masses fut insuffisant et que de nombreuses opacités blanchâtres persistaient derrière la lentille. Il ne semble donc pas que l'on puisse conclure, comme l'auteur, que les réactions inflammatoires provenaient d'une hypersensibilité de l'iris à l'acrylique.

Le cas publié par GEORGIANA D. THEOBALD est celui d'un malade opéré par J. FOSTER DE LEEDS, et dont l'œil fut énucléé pour une iritis à hypopion. L'examen fait par le Docteur DERRICK VAIL montra la formation d'une membrane conjonctive en réponse au processus d'irritation secondaire à l'implantation d'un corps étranger dans le globe. L'auteur conclut que le procédé opératoire est dangereux. Pour lui, ces yeux restent irrités pour une longue période et ne sont calmés que par l'usage constant de cortisone. Nous avons cité dans notre étude un cas d'iritis à hypopion. Mais celui-ci guérit en trois semaines, grâce au traitement anti-infectieux banal. Nous n'avons jamais observé par ailleurs d'atteinte inflammatoire qui ne cède rapidement à un traitement énergique. Il semble donc qu'il n'existe pas de réaction grave à l'introduction de la lentille et que la tolérance reste parfaite. Ce cas doit, selon toute vraisemblance, être considéré comme une faute de technique opératoire, soit par extraction incomplète des masses, soit par infection secondaire grave.

III. — Accidents et complications.

— ACCIDENTS OPÉRATOIRES :

Nous n'envisagerons pas de nouveau la désinsertion de la capsule postérieure dont le diagnostic se fait pendant l'intervention, soit par la présence de vitré dans la plaie, soit par la luxation de la lentille en arrière.

Un accident peut également résulter de la difficulté rencontrée à réduire l'iris, dont le sphincter ne se contracte qu'incomplètement. Il en résulte un mauvais centrage de la lentille. Cet incident est le plus souvent secondaire à une absence d'hypotonie per-opératoire. La curarisation du malade y remédie. Dans d'autres cas, il est dû à un manque de tonus du sphincter irien, notamment chez les malades ayant un syndrome de Fuchs. Il faut alors s'aider d'une irrigation de la chambre antérieure, avec une ringure de seringue d'acécoline. Chez ces sujets, on doit s'abstenir d'instiller de l'atropine pendant la période post-opératoire.

— COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES :

— *Le Glaucome secondaire :*

Le glaucome secondaire est une complication rare, mais qui peut être très insidieuse. Il devra être systématiquement recherché.

Chez un malade dont les suites opératoires ont été troublées par une iritis plastique, la séclusion pupillaire le fait redouter, surtout lorsque l'iridectomie n'est pas basale et qu'elle est obturée par la lentille. Ce facteur mécanique peut être suspecté si l'iris apparaît bombé. Mais, le plus souvent, le glaucome secondaire passe inaperçu. Il est dû au blocage de l'angle par la racine de l'iris. Enfin, un glaucome chronique simple peut survenir chez un malade opéré de cataracte par ce procédé.

La thérapeutique du glaucome secondaire est différente suivant son mécanisme de production.

H. RIDLEY trouve chez deux de ses malades un glaucome secondaire par synéchie dense autour de la pupille avec un iris bombé. Il les guérit par une iridotomie. Chez deux autres malades, il dut faire plusieurs iridotomies périphériques. Nous n'avons pas vu de cas aussi schématiques de l'hypertonie secondaire à la séclusion. Cependant, Monsieur J... (obs. n° 2) a présenté un tonus à 40, deux mois après son intervention, alors qu'il avait une séclusion en myosis. Le traitement médical est inefficace. Pour régulariser le tonus, il fallut pratiquer une cyclodialyse et même un mois après, une opération d'Elliot. Depuis plus d'un an, le tonus est normal.

Un autre cas illustre cette possibilité de glaucome latent sans signes subjectifs. Le malade est opéré pour une cataracte traumatique en juin 1953, et présente de juillet 1953 à janvier 1954, une hypertonie légère entre 30 à 35, traitée par les myotiques courants. Depuis cette thérapeutique, le tonus est redevenu normal, actuellement on a arrêté la thérapeutique médicamenteuse.

Chez un autre malade (obs. N° 7), nous voyons s'installer un glaucome chronique bilatéral, dans les suites lointaines de l'intervention. La bilatéralité plaide ici en faveur de l'inocuité de la lentille sur le glaucome. D'ailleurs, la Pilocarpine contrôle bien le tonus, l'acuité reste à 9/10, le champ visuel est normal. H. RIDLEY cite deux cas semblables, avec angle étroit réagissant bien au traitement médical.

ARRUGA voit également s'installer un glaucome deux mois après l'intervention. Celui-ci est guéri par le traitement médical; par contre, chez un autre, il ne peut réduire le tonus malgré une cyclodiathermie, et il doit enlever la lentille. Cette éventualité nous semble rare. Nous n'en connaissons pas d'exemple dans notre statistique; RIDLEY n'en cite pas non plus. Elle incite cependant à se méfier du glaucome secondaire et à considérer comme une contrindication à l'intervention, toute cataracte survenant sur un œil ayant présenté des poussées antérieures de glaucome, ou ayant un tonus au-dessus de la normale.

— *Cataracte secondaire* :

L'examen des sujets chez qui une lentille a été insérée, ne permet pas, le plus souvent, plusieurs mois après l'intervention, de retrouver au biomicroscope la capsule postérieure. Celle-ci est extrêmement mince et se confond avec la face postérieure de la lentille. Son épaisseur centrale ne dépasse pas quatre microns et la tension effectuée sur elle par le corps de la lentille la fait se mouler sur sa face postérieure, la rendant parfaitement transparente. Les opacités que nous constatons après les extractions extra-capsulaires courantes, se font aux dépens de brides, rétractions et rides capsulaires, et aussi aux dépens de fragments de capsule antérieure et de fibres cristalliniennes restées adhérentes.

La cataracte secondaire peut survenir lorsque le nettoyage de la capsule postérieure n'a pas été complet et que des masses restent interposées entre lentille et capsule. Elle peut aussi provenir de rides à la surface de la capsule par manque de tension exercée sur elle par le cristallin. Dans ce cas, le déficit visuel est beaucoup moins important.

H. RIDLEY, dans sa statistique, ne cite qu'un seul cas de cataracte secondaire pour lequel il fit une capsulotomie tardive par voie postérieure avec un couteau à cataracte secondaire. Ni ARRUGA, ni J. BARRAQUER ne parlent dans leur statistique de cataracte secondaire.

Le Docteur PAUFIQUE a pratiqué quatre fois une discision de la capsule postérieure. Deux fois il s'est agi d'une cataracte secondaire survenue dans les suites lointaines de l'intervention. Les autres malades étaient, l'un une cataracte congénitale avec

opacité capsulaire postérieure, l'autre une cataracte traumatique avec opacité constatée avant l'insertion de la lentille.

Deux techniques opératoires ont été employées. L'une cherche à atteindre la capsule par voie antérieure. Pour pratiquer la discision, il faut glisser le kystitome entre lentille et capsule sans rayer le cristallin artificiel, ni le déplacer. Le Docteur PAUFIQUE a imaginé un kystitome spécial dont la pointe est protégée par une lame fine et peut pivoter autour de son axe. L'instrument est introduit par l'orifice d'iridectomie derrière la lentille ; une rotation d'un quart de tour dégage la pointe et permet de faire la discision en remontant, sans léser la lentille. L'instrument est sorti en réappliquant la pointe du kystitome contre sa lame protectrice.

L'autre utilise la voie postérieure : on introduit un couteau à cataracte secondaire derrière la capsule, par ponction postérieure à 10 mm du limbe environ. On pratique la discision sous contrôle de la vue à travers l'orifice pupillaire, en agissant extrêmement délicatement, sans rayer ni déplacer la lentille.

La première méthode fut employée trois fois. Le premier cas était une opacité capsulaire chez un malade atteint de cataracte traumatique sans perforation de la capsule postérieure. Mais celle-ci présentait un épaississement central dû à l'accolement de fragments de capsule antérieure. Il fut décidé de pratiquer une discision dans le même temps opératoire, immédiatement après avoir inséré la lentille. Les suites opératoires furent simples. L'acuité est égale à 3/10. La vision binoculaire est restituée. Cependant, la présence d'une perle de vitré derrière la lentille a rendu difficile son centrage.

Le second cas était une cataracte congénitale unilatérale. La maturation fut pratiquée en janvier 1953. En mars, le plan postérieur était transparent, sauf au niveau d'une opacité polaire postérieure, mais sa situation au-dessus du centre de la capsule permit l'insertion de la lentille. En juin 1953, il fallut cependant faire une discision secondaire. Le résultat anatomique est bon, mais l'amblyopie constituée ne permit pas d'obtenir une acuité utile.

Le troisième sujet avait été opéré pour une cataracte traumatique sans lésion de la capsule postérieure. L'acuité égale à 1/3, six mois après l'intervention, était redescendue à 1/10 un an et demi plus tard. On distinguait à l'ophtalmoscopie anté-

rière, avec une lentille additionnelle de + 10, une mince couche de fibres cristalliniennes opaques. Le Docteur PAUFIQUE, après kératotomie introduit le kystitome gardé après avoir agrandi l'iridectomie périphérique. La discision a donné une large fente sténopéique. Malheureusement, la lentille s'est décentrée secondairement. Nous avons revu ce malade un mois après la discision, l'iris a décoiffé la lentille dont toute la partie supérieure est libre, ce qui représente un grand danger de luxation secondaire.

Il semble donc que la voie d'abord antérieure de la cataracte secondaire soit traumatisante et crée une rétraction secondaire de l'iris à sa partie supérieure, qui associée à un léger glissement de la lentille, entraînera tardivement la luxation de celle-ci dans la chambre antérieure. Pour cette raison, le Docteur Paufigue a abandonné la méthode au profit de la discision par voie postérieure. Elle ne reste indiquée que lorsque la discision est faite dans le même temps opératoire que l'inclusion de la lentille.

Le procédé préconisé par H. RIDLEY fut utilisé pour une cataracte secondaire due à la présence de rides capsulaires fines par défaut de tension de la capsule postérieure. Il s'agissait d'une cataracte d'étiologie indéterminée. L'acuité égale à 5/10 deux mois plus tard, est à 1/10 au bout de six mois. A l'ophtalmoscope, on aperçoit de fines rides capsulaires. La discision par voie postérieure au couteau à cataracte secondaire rend une acuité de 4/10 en une semaine.

On peut donc dire que bien que rare, cette complication qui se présentait comme redoutable, est en définitive curable de façon satisfaisante dans chaque cas. Mais il faut souligner une fois encore, la nécessité de n'inclure la lentille que lorsqu'on est sûr d'avoir obtenu une capsule transparente et libre de masses adhérentes:

Mauvaise position de la lentille.

La lentille ne se maintient en bonne place que grâce à l'appui d'un plan postérieur résistant représenté par la capsule postérieure et à la tension d'un plan antérieur continu formé par l'iris et son sphincter intact. Toute modification de l'un de ces éléments est nuisible à la stabilité de la lentille et entraîne dans des délais parfois assez courts, la luxation de celle-ci dans la chambre antérieure.

Le Docteur PAUFIQUE considère, nous l'avons vu, comme une contrindication à la méthode, toute atteinte traumatique ou inflammatoire du sphincter irien capable de créer une atonie de celui-ci. Pour la même raison, on ne doit pas pratiquer d'iridectomie totale. Cependant, dans certains cas, malgré l'intégrité de l'iris, il se produit, au cours du premier mois, dans les suites opératoires, une rétraction de sa portion supérieure qui découvre le cristallin. Ceci se produit non seulement après des interventions au cours desquelles un traumatisme irien plus important s'est produit, mais aussi après celles qui se sont déroulées sans incident notable. L'expérience prouve que c'est la partie supérieure de l'iris qui souffre de l'intervention. C'est elle qui se rétracte, découvrant le bord supérieur de la lentille. Le cristallin glisse alors dans le fond de la chambre postérieure et le sphincter irien franchit le bord lentil. La luxation dans la chambre antérieure est inévitable. La première cause de la luxation de la lentille est donc le traumatisme opératoire lui-même qui entraîne la sclérose et la rétraction de l'iris à sa partie supérieure, la plus exposée.

Nous pouvons citer deux observations pour lesquelles l'intervention fut peu traumatisante, mais qui présentent actuellement un décentrement pupillaire qui ne semble pas mettre en danger la stabilité de la lentille. Ce sont deux cataractes avec atrophie irienne secondaire à une hétérochromie irienne de Fuchs. La première présente encore un an après l'intervention, une dilatation légère de l'iris qui permet d'apercevoir à XII heures le bord de la lentille (obs. n° 27). La seconde (obs. n° 28), trois mois après l'opération, montre une dilatation de l'iris, qui permet d'apercevoir le bord lentil à 7 heures. Quatre autres observations illustrent des cas plus graves de rétraction irienne, puisqu'elles conduisent à la luxation totale de la lentille ou à la subluxation : Monsieur G... (obs. n° 19) est opéré en septembre 1953 pour une cataracte avec hétérochromie irienne. Intervention sans difficulté particulière. Deux mois plus tard, la lentille bascule en avant. Son bord inférieur a franchi le sphincter irien. La reposition ne réussit pas à maintenir le cristallin et cinq mois après l'intervention, on doit l'enlever. Dans ce cas, la rétraction de l'iris s'est produite à sa partie inférieure. Nous pensons cependant qu'une iridotomie supérieure aurait permis d'éviter cet accident. La deuxième observation est la suivante :

Monsieur M... (obs. n° 24) est opéré en décembre 1953 pour une cataracte avec hétérochromie irienne. A la fin du premier mois, on remarque déjà une rétraction de l'iris et une ascension du cristallin, ce qui nécessite huit mois après, une réintervention. Celle-ci n'empêche pas la subluxation de récidiver. Il faudra vraisemblablement extraire la lentille un jour ou l'autre.

Madame L... (obs. n° 30) fut opérée pour une cataracte d'étiologie indéterminée. L'opération se déroula sans difficulté particulière. Deux mois plus tard, l'examen montre une dilatation de l'iris qui laisse apercevoir le bord supérieur du cristallin. En décembre 1954, la luxation de la lentille dans la chambre antérieure se produit brusquement sans cause déclenchante évidente.

La quatrième observation, enfin, démontre clairement la part de la sclérose et de la rétraction irienne dans le mécanisme de la luxation de la lentille : Monsieur M... (obs. n° 1) est opéré de cataracte traumatique. Les résultats immédiats sont bons. L'acuité est égale à 1/3, avec une vision binoculaire normale. Mais une cataracte secondaire oblige à faire une dissection. Celle-ci est faite par voie antérieure. Le traumatisme opératoire aggrave la sclérose irienne et deux mois après le pôle supérieur de la lentille est décoiffé par l'iris. la lentille semble encore en place ; tôt ou tard cependant, elle se luxera dans la chambre antérieure. Toute intervention itérative sur l'iris doit donc être déconseillée.

La crainte de cette complication doit nous rendre très prudent dans l'usage des mydriatiques, au cours des suites opératoires précoces. L'état de l'iris doit être surveillé dès le premier pansement. Beaucoup de ces iris sont en effet déjà atrophiques par le fait de l'affection en cause. Il faut donc s'efforcer de renforcer le tonus du sphincter ou tout au moins ne pas le supprimer par l'instillation intempestive d'atropine. Quant à l'efficacité d'un traitement simple aux myotiques, il ne faut pas la négliger. Dans l'une de nos observations (obs. n° 7), l'instillation de myotiques a réussi à réduire une dilatation pupillaire. Cette femme âgée, opérée pour une cataracte d'étiologie indéterminée, présenta un mois après l'intervention, un chevauchement par l'iris du bord supérieur de la lentille. Les myotiques tout en réduisant la mydriase, font disparaître ce chevauchement, en même temps que se réduit progressivement une myopie qui passe de 10 à 5 dioptries. Actuellement, la lentille bien cen-

irée donne avec — 3,25, une acuité de 9/10. Cependant, dans la majorité des cas, et parce que les iris sont atrophiques, il est illusoire de compter sur les myotiques seulement. Le Docteur PAUFIQUE préconise donc de remplacer systématiquement la petite iridectomie basale supérieure par une large iridotomie basale allant de 11 heures à 1 heure. Toute la partie supérieure de l'iris descend comme un rideau au-devant de la lentille, permettant ainsi de prévenir les rétractions iriennes secondaires. La lentille peut bien, entraînée par son poids, glisser dans la partie inférieure de la chambre postérieure, l'iris garde sa position et coiffe toujours le pôle supérieur du cristallin, qui ne risque plus de se déplacer (figure 1).

La mauvaise position de la lentille peut également être secondaire à une anomalie du plan postérieur. La capsule postérieure peut se rétracter ; il peut se former à son niveau des brides cicatricielles, comme dans le cas des cataractes traumatiques avec perforation de la capsule postérieure. Dans ce cas, le cristallin qui se trouve à l'étroit dans sa loge, se déplace vers le diamètre libre, en refoulant l'iris au devant de lui. Celui-ci ne tarde pas à céder. La luxation se produit. Dans d'autres cas, il peut s'agir de la présence de masses cristalliniennes dans la chambre postérieure. Dans ces deux cas, la luxation semble survenir plus tardivement au cours de la première année. Il faut ici encore, insister sur la nécessité d'une toilette parfaite de la capsule postérieure et sur la commodité qu'il y a à pratiquer une insertion différée de la lentille.

Une observation illustre ce mécanisme de déplacement de la lentille : Elle conduit à l'extraction du cristallin artificiel (obs. n° 6). C'était une cataracte traumatique. Au cours de l'intervention, on vit persister quelques masses dans la partie inférieure de la chambre postérieure. Deux mois après la lentille chevauchait l'iris dans sa partie supérieure. Six mois plus tard, l'extraction devait être faite. Le pronostic de ces mauvaises positions est donc péjoratif et le traitement doit être avant tout préventif.

H. RIDLEY cite deux cas de subluxation qu'il rapporte à une faute commise au cours de l'extraction préliminaire. Dans l'un, une portion de la racine de l'iris adhérente à la kératotomie découvre 1/5 de la circonférence de la lentille. Dans l'autre, il existe une synéchie irido-capsulaire qui maintient le décentre-



FIGURE 1.

ment de la lentille. Un traumatisme violent subluxé ensuite la lentille et nécessite son extraction. Un troisième cas est dû à un traumatisme par balle de tennis, mais ici, la reposition est possible et la lentille est de nouveau en place. Il pense que dans tous les cas où l'extraction est correcte, la lentille reste en place.

Nous insistons encore sur la nécessité de pratiquer une opération peu traumatisante, en ménageant au maximum l'iris ; opération au cours de laquelle on obtient une capsule postérieure libre de toute masse cristallinienne adhérente. Il faut également, et ceci est très important, faire systématiquement une large iridotomie basale.

Luxation intra-vitréenne de la lentille :

Cette complication est fréquente après l'extraction intracapsulaire, la hyaloïde ne présentant pas une solidité suffisante pour constituer un plan postérieur à la lentille. C'est pourquoi l'extraction intra-capsulaire contraindique formellement l'inclusion d'une lentille artificielle. Harold RIDLEY, après avoir essayé la méthode, l'a définitivement rejetée. Le Docteur PAUFIQUE ne l'a jamais pratiqué.

Lorsque la capsule postérieure est intacte, il ne doit pas se produire de luxation intra-vitréenne, à moins que quelque fissure n'ait été faite dans le plan postérieur ou qu'il n'existe une désinsertion zonulaire. Nous avons déjà insisté sur les précautions à prendre au moment de l'irrigation de la chambre antérieure et de la capsulectomie. Un sujet opéré par le Docteur PAUFIQUE a présenté une telle luxation. Il s'agissait d'une cataracte d'étiologie indéterminée. La malade avait récupéré une acuité de 2/3 ; mais six mois après l'intervention, on assiste à la luxation progressive de la lentille dans le vitré, à travers une désinsertion zonulaire inférieure (obs. n° 11). En règle générale, l'œil tolère bien cette luxation ; tous les auteurs sont du même avis : On peut affirmer l'absence d'hypertonie secondaire.

*
**

Il faut, en conclusion, souligner l'absence de gravité générale des suites opératoires. Aucune des complications envisagées ne met en danger la fonction visuelle de l'œil opéré. La plus décevante est la luxation antérieure de la lentille, mais

après son extraction, le dommage visuel reste réparable. Un seul cas a évolué vers la perte de la fonction visuelle et ceci par segmentite antérieure secondaire, non à la présence de la lentille, mais à la persistance d'un eczéma facial grave. Nous n'avons jamais observé, du fait de l'intervention, de glaucome grave, ni d'iridocyclite, qui ne cède à un traitement médical bien conduit.

CHAPITRE VI

LES RESULTATS

Le Docteur PAUFIQUE a pratiqué depuis septembre 1952, trente-cinq inclusions de lentille artificielle de Ridley. Les résultats visuels sont les suivants :

Une première série de 31 cas avec :

- 14 acuités visuelles supérieures ou égales à 5/10 ;
- 7 acuités entre 4/10 et 2/10 ;
- 3 acuités à 1/100 ;
- 1 acuité non chiffrée ;
- 6 luxations ou subluxations de la lentille.

Une deuxième série faite de 4 observations récentes :

- 3 cataractes avec hétérochromie irienne, pour lesquelles l'acuité est égale à 4/10 et 3/10 pour les deux cas testés ;
- 1 cataracte traumatique non testée.

Cette statistique mérite un commentaire. En effet, le pourcentage des bons résultats visuels, 14 cas sur 31, soit 45 % d'acuités égales ou supérieures à 5/10 ne représente pas un bilan exact des bons résultats anatomiques. On doit y ajouter un cas avec amblyopie constituée sur cataracte congénitale, dont la lentille est en bonne position, et un cas opéré pour cataracte dystrophique, dont la lentille est bien centrée, mais qui présente un décollement rétinien ancien et inopérable.

Les échecs de la méthode sont représentés par six cas de luxation ou subluxation que nous avons étudié avec les complications post-opératoires et par un cas de segmentite antérieure grave pour qui l'indication opératoire n'aurait pas dû être posée. Si l'on considère cette statistique sous l'angle des résultats anatomiques, sept cas doivent être inscrits comme mauvais résultats.

TABLEAU DE L'ACUITE VISUELLE EN FONCTION DE L'ETIOLOGIE

NATURE DE L'AFECTION	10/10	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	Luxation		Subluxation
										ant.	Post.	
Hétérochromie irienne.				1	1	4	1			1		1 avec 1/10
Traumatique							2	1	1	1		1 avec 2/10
Contusive						2						
Etiologie indéterminée	2	1		1	1	1	2			1	1	

14

7

6

Il faut ajouter :

- 4 observations anciennes : 1 acuité non testée.
 1 cataracte dystrophique.
 1 cataracte congénitale avec amblyopie.
 1 cataracte dont l'extraction fut compliquée d'eczéma aigu grave de la face.
 pour lesquelles l'acuité est égale à 1/100.
- 4 observations récentes : dont 3 cataractes avec hétérochromie irienne qui présentent :
 1 acuité égale à 4/10.
 1 acuité égale à 3/10.
 1 acuité non testée.
 1 cataracte traumatique non testée.

Il faut en outre envisager qu'un œil équipé d'une lentille acrylique ne bénéficie pas du grossissement important de l'image conféré par la correction en verres convexes de l'aphakie opératoire courante. Ce grossissement s'élève à 35 % de la grandeur de l'image. Ainsi on pourrait envisager que l'acuité de 7/10 pour un œil appareillé avec la lentille représente un pouvoir de séparation voisin de celui de l'acuité de 10/10 pour un œil opéré selon la méthode courante. Cette considération ramène à leur juste valeur les statistiques publiées. L'interrogatoire des opérés est d'ailleurs convaincant. Les sujets qui ont une acuité de 5/10 sont tous très satisfaits des avantages que leur procure l'intervention.

Mais le résultat le plus important est la récupération de la vision binoculaire. Pour chacun des opérés, nous nous sommes appliqués à suivre précocement l'évolution de la vision binoculaire en la testant à partir du premier mois, au moment où l'acuité visuelle devient chiffrable.

Nous avons pratiqué les examens suivants :

— Recherche de la déviation latente ou manifeste d'un œil et de la nature exacte de celle-ci dans les différentes positions du regard par l'occlusion alternée de chaque œil.

— Recherche des trois degrés de la vision binoculaire au synoptophore. Cet examen, tout en précisant les anomalies, permet de porter un jugement sur la valeur de la vision binoculaire dans la vie courante. En cas de déviation, il note très exactement son angle et permet l'examen comparatif rigoureux au cours de l'évolution.

— Recherche des déséquilibres musculaires à la baguette de Maddox dans la vision éloignée et rapprochée ;

— Nous ne nous sommes pas servi du test des points de Worth, couramment utilisé par les auteurs anglo-saxons.

A ces examens, nous joignons l'indication de la nature de la cataracte et du temps pendant lequel l'œil est resté amblyope avec l'évaluation de l'angle objectif de la déviation pré-opératoire, lorsqu'elle existe.

Nous n'analyserons que les cas appartenant à la première série traitée. Nos recherches ont ainsi porté sur 20 sujets, dont 7 cataractes traumatiques ou contusives, 7 cataractes avec hétérochromie irienne et 6 cataractes d'étiologie indéterminée.

Nous avons trouvé 16 visions binoculaires normales. Parmi les 4 autres : un sujet a présenté il y a un an une vision binoculaire normale. La survenue d'une cataracte secondaire a créé une neutralisation. Un autre sujet présente les deux premiers stades de la vision binoculaire avec une amplitude de fusion faible par chorio-rétinite traumatique. Les deux derniers cas neutralisent du côté opéré. Il s'agit de cataractes accompagnant une hétérochromie irienne et le temps d'amblyopie n'est pas long. L'acuité post-opératoire est égale à 5 et 6/10 respectivement. Ces cas rééduqueront vraisemblablement leur vision binoculaire.

Les 11 cas ne figurant pas dans notre étude de la vision binoculaire sont représentés par :

— 2 cataractes controlatérales survenues dans les suites lointaines de l'intervention. Ces cas représentent évidemment une contrindication à l'emploi de la méthode, à moins que l'on ne décide de placer une lentille dans chaque œil.

— 5 luxations ou subluxations déjà connues ;

— 3 acuités basses parmi lesquelles figurent une amblyopie de cataracte congénitale, une segmentite antérieure grave et un décollement de rétine ancien inopérable.

— Un malade non testé.

La récupération de la vision binoculaire peut donc être promise aux opérés. Il faut cependant que son étude fasse l'objet de recherches spéciales et de soins particuliers. Pour traiter ses défauts chez les opérés, il est nécessaire de connaître l'influence de certains facteurs.

Leur étude nous a montré que ni la nature de la cataracte, ni l'âge du malade n'ont d'influence sur la vision binoculaire. Par contre, la durée de l'amblyopie qui est extrêmement variable, s'étendant de deux semaines à huit ans, semble jouer un rôle sur la déviation de l'œil opéré et par voie de conséquence sur l'état de la vision binoculaire. Dans notre statistique, il existait quatre fois des déviations manifestes dont trois strabismes divergents et un strabisme convergent aigu post-opératoire. Le strabisme divergent survient chaque fois chez un sujet dont la durée d'amblyopie dépasse deux ans. Pour le cas le plus dévié, l'amblyopie datait de huit ans.

La durée de l'amblyopie est donc surtout un facteur de déviation pré-opératoire de l'œil cataracté. Mais dans aucun cas, la vision binoculaire n'a été longuement affectée après restauration de l'acuité de l'œil antérieurement atteint de cataracte. Voici les observations :

— Un malade qui présentait un strabisme divergent de 10 degrés avant l'intervention a gardé pendant quelques semaines après l'intervention, une diplopie. La récupération de l'acuité de l'œil opéré a suffi pour redresser l'angle du strabisme. L'examen, trois mois après l'intervention, montre que la fusion existe avec une amplitude de 24 degrés ; mais il persiste une hyperphorie sans hypertropie.

— Le deuxième cas présente un strabisme divergent pré-opératoire de 13 degrés. L'amblyopie a duré quatre ans et demi. Après inclusion de la lentille, le bilan de la vision binoculaire montre toujours une déviation de 13 degrés, mais la fusion existe à l'angle de déviation. La diplopie est très gênante et on décide une occlusion de deux mois de l'œil sain. Au bout de ce temps, la diplopie a disparu. Un nouveau bilan, un an après, montre que la fusion se fait à 0 degré, l'amplitude de fusion est de 30 degrés avec présence du sens stéréoscopique.

— Le troisième cas présente un strabisme divergent de 20 degrés après une amblyopie d'une durée de huit ans. L'examen après intervention montre la persistance du strabisme à déviation importante. Un mois après, on pratique donc un reculement de 5 mm du droit externe de l'œil opéré et une résection du droit interne de 7 mm . Le malade n'est pas revu pendant un an ; au bout de ce temps, l'examen est le suivant : fusion à + 3, amplitude de fusion de 22 degrés, sens stéréoscopique présent. A la baguette de Maddox, à 5 mètres, il existe une exophorie de 2 dioptries, de près l'œil est orthophorique. La guérison est donc totale. La neutralisation maculaire constatée lors du premier examen a spontanément disparu et la vision binoculaire n'a eu besoin, pour son rétablissement, que d'une intervention musculaire.

L'étude comparative de ces trois cas semble démontrer que la rééducation de la vision binoculaire à partir d'un strabisme divergent de l'ordre de 10 ou 13 degrés ne demande pas d'intervention musculaire, c'est le cas de nos deux premiers opérés.

Au-dessus de ce chiffre, une intervention musculaire semble nécessaire. Il faut l'envisager aussi précocement que possible. Nous n'avons constaté que dans un cas une neutralisation maculaire qui a spontanément régressé dans les suites opératoires, après toutefois correction de la déviation des axes oculaires par une intervention sur le strabisme.

Nous présenterons à part le dernier cas qui a constitué de façon aiguë un strabisme convergent post-opératoire. Il s'agissait d'une cataracte unilatérale opérée un an après l'apparition de l'amblyopie. La période post-opératoire fut marquée par une diplopie très gênante. L'examen au synoptophore deux mois après l'intervention, montre la présence de la fusion à un angle de 23 degrés avec une amplitude de fusion de 13 degrés. Le Docteur PAUFIQUE fait un reculement de 5 mm 5 du droit interne de l'œil opéré. Trois jours après l'angle est de 18 degrés; six jours après, la fusion se fait à + 3, l'amplitude est de 27 degrés, le sens stéréoscopique est présent, la guérison est totale.

Malgré les obstacles successifs, tous les malades opérés par cette méthode doivent donc présenter une vision binoculaire normale, à condition toutefois que le chirurgien s'applique à suivre et à corriger précocement les troubles de la vision binoculaire de la période post-opératoire.



Au terme de ce chapitre, il nous paraît intéressant d'étudier les statistiques publiées par les différents chirurgiens qui ont pratiqué la méthode.

La plus importante statistique est celle du promoteur de la méthode, Harold RIDLEY, qui publia en 1954 dans le *British Journal*, une statistique rendant compte de plus de 150 cas traités par lui. Si l'on en écarte les cas récents non encore testés et les cas après intervention intra-capsulaire, c'est sur 91 cas que l'auteur nous propose de juger la méthode. L'acuité des sujets opérés est la suivante :

34 %	des cas ont une acuité visuelle égale à 11 et 10/10.
32 %	— — — — — 2/3
8 %	— — — — — 1/2
12 %	— — — — — 1/3

3 %	—	—	—	—	1/4
4 %	—	—	—	—	1/6
7 %	—	—	—	—	1/10 et inférieure par amblyopie ou lésion rétinienne.

Il faut ajouter à ces cas quatre malades qui ne furent pas revus et deux luxations de la lentille.

Cette statistique est une belle réponse à ceux qui doutent de l'efficacité de la méthode.

Alfredo ARRUGA, au cours d'un séjour en Angleterre en 1951, pratique, en compagnie de J. FOSTER DE LEEDS, une première série de 9 interventions publiées en décembre 1951. En 1953, H. et A. ARRUGA ont opéré 23 cas. Récemment, le Docteur ARRUGA a bien voulu envoyer au Docteur PAUFIQUE, des nouvelles de ses malades. Il a posé 25 fois l'indication opératoire avec les résultats suivants :

- 1 acuité visuelle égale à 10/10 ;
- 2 acuités visuelles égales à 9/10 ;
- 3 acuités entre 6/10 et 8/10 ;
- 5 acuités de 3/10 à 5/10, avec deux astigmatismes forts et deux opacités capsulaires ;
- 4 acuités entre 1/10 et 2/10 par iritis post-opératoire après cataracte traumatique ;
- 1 acuité à 1/20 par lésion du fond d'œil ;
- 1 acuité égale à P. L. par hémorragie du vitré chez un diabétique.

La vision binoculaire a été obtenue dans quatre cas.

Les accidents furent les suivants :

- 1 luxation de la lentille dans le vitré pendant l'intervention chez un malade ayant une iritis ancienne avec iris rigide ;
- 1 extraction de la lentille avant la fin de l'extraction ;
- 2 luxations tardives de la lentille dans le vitré après extra-capsulaire ;
- 2 luxations tardives dans le vitré après intra-capsulaire ;
- 2 cas de glaucome secondaire. Chez l'un, il dut extraire la lentille.

Il semble, suivant l'auteur, qu'il y ait des cas simples, telles

les cataractes d'étiologie indéterminée, et des cas complexes, ce sont les cataractes compliquées, qu'elles le soient par le fait d'un traumatisme qui entraîne une atrophie irienne ou par iritis ancienne. Dans ces cas compliqués, il faut s'abstenir d'insérer la lentille. Nous trouvons ici la confirmation des contrindications que nous avons énumérées précédemment.

MALBRAN, encouragé par les statistiques de RIDLEY, a effectué en 1952 une série de 16 interventions dont voici le résultat :

- 1 cas avec 10/10 ;
- 6 cas au-dessous de 5/10 ;
- 2 cas au-dessus de 1/10 ;
- 4 cas au-dessous de 1/10 ;
- 3 luxations dans le vitré. Elles se sont produites dans deux cas après intra-capsulaire, une fois après extra-capsulaire.

Il attribue la faible acuité de certains sujets opérés au dépôt pigmentaire et à l'insuffisance du lavage des masses. Depuis cette expérience, MALBRAN a abandonné la méthode.

J. BARRAQUER présenta ses résultats dans un travail écrit en octobre 1953. Il y fait état de 17 cas avec :

- 1 acuité à 9/10 ;
- 8 acuités entre 1 et 5/10 ;
- 4 acuités au-dessous de 1/10 ;
- 1 acuité à 6/100 ;
- 1 malade non contrôlé ;
- 1 cas avec lésion rétinienne concomitante ;
- 1 cas avec lentille décentrée qui dut être enlevée ;

Cinq malades seulement jouissent de la vision binoculaire, soit un pourcentage d'1/3 des cas.

L'auteur insiste sur la nécessité de pratiquer une opération atraumatique et sur la sélection des cas.

En Italie, CAVARA présente au Congrès de la Société d'Ophthalmologie italienne tenu à Turin, en octobre 1952, trois cas de cataracte sénile opérés avec succès.

En France, en 1953, MILLER et CARTON publient douze cas dont cinq ont été testés, l'un avec 10/10, 3 avec 9/10, 1 avec 6/10.

La même année, DESVIGNES publie quatre cas.

En Amérique du Nord, les ophtalmologistes avec Derrick VANL et Andrew de RÆTTH pensent que cette intervention doit être considérée comme une intervention expérimentale et rejetée comme intervention de routine. Ils mettent en avant la fréquence des iritis post-opératoires et le danger de déplacement de la lentille responsables des mauvais résultats optiques obtenus.

Cette opinion nous paraît résumer l'ensemble des objections faites à la méthode. Lorsqu'on veut faire de l'intervention proposée par RIDLEY, une intervention de routine, il nous semble que l'on dépasse l'objectif à atteindre. Elle doit rester une technique de traitement d'une efficacité exceptionnelle pour la cataracte unilatérale du jeune sujet ; et à ce titre, on ne peut la considérer comme une intervention de routine, puisqu'elle repose sur une sélection des cas cliniques. Mais on peut affirmer que le stade expérimental est depuis longtemps dépassé. On doit actuellement proposer à tout sujet ayant une cataracte unilatérale stricte, l'intervention qui permettra le rétablissement de la vision binoculaire. Nous avons dit que chaque fois qu'on le désire ou que le malade le réclame, on peut, avant d'insérer la lentille et dans la période intermédiaire qui suit l'intervention extra-capsulaire, faire un essai du verre de contact. Lorsque celui-ci est supporté et permet le rétablissement de la vision binoculaire, il devient inutile d'insérer la lentille.

La statistique du Docteur PAUFIQUE est en outre la seule réponse valable à l'argument des mauvais résultats optiques. L'iritis post-opératoire n'a été responsable d'aucune mauvaise acuité et le déplacement de la lentille n'a jamais entraîné de dommage visuel qui ne soit récupérable secondairement après extraction du cristallin artificiel. Toutes les statistiques publiées qui font état de résultats optiques médiocres les mettent sur le compte d'une mauvaise sélection des cas opératoires.

Il est cependant incontestable, et RIDLEY en convient, que cette intervention reste une intervention d'exécution délicate et que le talent du chirurgien interviendra toujours dans le bilan des résultats optiques. Mais ne peut-on en dire autant de beaucoup d'interventions ophtalmologiques ? C'est enfin devant cette difficulté d'exécution et cette nécessité d'une sélection des cas cliniques, que nous avons affirmé qu'il s'agissait d'une intervention que seuls devaient pratiquer des ophtalmologistes expérimentés.

LES OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1.

Monsieur M... Georges, 23 ans.

Cataracte traumatique O.D. sans lésion de la capsule postérieure par plaie perforante de la cornée.

Cataracte totale.

Intervention le 12-9-52 : D^{rs} Paufigue et Spira.

Kératomie limbique. Iridectomie périphérique. Dilacération de la capsule antérieure au kystitome. Lavage soigneux de masses très fluides : quelques-unes sont adhérentes à la capsule postérieure. Mise en place de la lentille de Ridley que l'on loge assez difficilement, parce que l'iris ne la recouvre pas en totalité, malgré de nombreuses tentatives. Finalement, on arrive, après lavage de la chambre antérieure, à l'acécoline, à un myosis satisfaisant d'environ 4 $\frac{m}{m}$ de diamètre, qui protège correctement la lentille. Pas d'injection d'air. Une suture scléro-cornéenne médiane, deux sutures conjonctivales latérales.

Suites opératoires marquées par une kératite striée importante avec masses dans la chambre antérieure. Traitement : injections de lait. Au sixième jour, cortisone sous-conjonctivale.

Le 16-10-1952. — Œil calme ; V.O.D. = 1/4 — 5.

Le 26- 5-1953. — V.O.D. = 1/3 — 3.

Vision binoculaire présente.

Amplitude de fusion 24 dioptries.

Le 27- 2-1954. — V.O.D. = 1/10 — 3.

Neutralisation O.D. par cataracte secondaire aux dépens de masses opacifiées entre capsule et lentille.

Intervention le 22-10-1954. D^{rs} Paufigue et Magnard.

Incision de sécurité. On est obligé de refaire une iridectomie et de l'agrandir. L'iris est malheureusement dilaté et la lentille glisse vers le bas. On réussit alors à glisser le kystitome protégé et on tente l'ouverture de la cristalloïde postérieure. A la fin, la pupille est très irrégulière ; mais la lentille paraît en place.

Le 28-10-1954, les suites ont été simples. Il existe une fente sténopéique dans la capsule. Acuité non encore testée. Kératite striée persistante légère.

Le 4-12-1954. — V.O.D. = $2/10 - 4$ (120 — 2).

Le pôle supérieur de la lentille est décoiffé par l'iris.

La lentille est légèrement descendue dans la chambre postérieure.

OBSERVATION N° 2.

M. J... Joannès, 51 ans.

Cataracte avec hétérochromie irienne O.D.

Cataracte totale. Iris très atrophique dans son ensemble.

Intervention le 27-10-1952 : D^{rs} Paufigue et Spira.

Incision limbique avec deux petits lambeaux conjonctivaux. Iridectomie périphérique étroite. Kystitomie. Arrachement capsulaire antérieur. Les masses sont molles et peu adhérentes. Inclusion de la lentille sans difficultés.

Suites opératoires : réaction exsudative importante jusqu'au 22-11. Grosse migration pigmentaire. Séclusion en myosis peu serrée.

Le 18-12-1952 : V.O.D. = $1/20$ (0 + 3).

Tonus à 40.

Traitement à la pilocarpine inefficace.

Intervention le 5-1-1953 : D^{rs} Paufigue et Cambrillat.

Cyclodialyse sur le méridien de 7 heures.

Tonus régularisé jusqu'en mars.

Intervention le 17-4-1953 : D^{rs} Paufigue et I. Bonnet.

Intervention d'Elliot. Hémorragie de la tranche de section au cours de l'iridectomie. Elle provoque un hyphéma important résorbé en 48 heures.

Le tonus est régularisé définitivement.

Le 11-2-1954 : O.D.V. = $4/10 - 4$ (90 — 3).

Le 23 9-1954 : O.D.V. = $4/10 - 2,50$ (90 — 2,50).

Vision binoculaire normale.

Amplitude de fusion de 26 degrés.

Vision stéréoscopique présente.

Lentille bien en place.

OBSERVATION N° 3.

Madame L... Juliette, 40 ans.

Cataracte d'étiologie indéterminée.

Cataracte totale à maturité.

Le 5-11-1952 : intervention, D^r Paufigue.

Inclusion sans difficulté de la lentille de Ridley après extracapsulaire avec iridectomie périphérique.

Suites simples.

30-3-1954 : V.O.D. = 5/10 -- 7,50 (90 — 1,75).

Etat anatomique parfait.

Vision binoculaire non testée : une cataracte controlatérale a évolué depuis l'intervention.

OBSERVATION N° 4.

Monsieur G... Armand, 62 ans.

Cataracte d'étiologie indéterminée.

Cataracte totale à maturité.

Intervention le 14-11-1952 : D^{rs} Paufigue et Romanet.

Incision limbique avec lambeau conjonctival. Iridectomie périphérique petite. Kystitomie. Arrachement capsulaire antérieur. Après extraction d'un petit noyau dur, lavage de nombreuses masses laiteuses. Mise en place de la lentille de Ridley sans difficulté. Exsudation pigmentaire habituelle. Trois sutures cornéosclérales.

Suites opératoires simples. Petite réaction albumineuse dans la chambre antérieure pendant 10 jours. Instillation d'atropine.

Le 29-11-1952 : V.O.G. = 1/4 — 2 (90 — 2).

Le 6-3-1954 : V.O.G. = 10/10 — 3 (10 — 0,50).

Résultat anatomique et fonctionnel parfait.

Vision binoculaire non testée : cataracte controlatérale.

(V.O.D. = 1/10 — 2).

OBSERVATION N° 5.

Monsieur L... Claude, 51 ans.

Cataracte à prédominance droite.

Cataracte molle à droite.

Soucoupe postérieure à gauche.

Intervention le 14-11-1952 : D^{rs} Paufigue et Spira.

Incision limbique avec deux lambeaux conjonctivaux latéraux. Iridectomie périphérique petite. Arrachement de toute la capsule antérieure. Lavage facile des masses molles. Mise en place de la lentille de Ridley sans difficulté.

Suites simples. Instillation intermittente d'atropine.

Le 29-11-1952 : V.O.D. = 1/4 (90 — 3).

Vision binoculaire présente. Résultat excellent.

Le 2-10-1954 : V.O.D. = 4/10 (85 — 2).

de près : parinaud 3 + 3,50.

Lentille parfaitement en place.

OBSERVATION N° 6.

Monsieur B... André, 24 ans.

Cataracte traumatique par corps étranger intraoculaire.

Accident du travail le 30-4-1952 : plaie perforante cornéenne.

Cataracte traumatique.

Intervention le 9-5-1952 : D^{rs} Moreau et Cambrillat.

Extraction du corps étranger à l'électro-aimant par incision de la sclère à 5 h. 1/2 après ponction de la chambre antérieure.

La cataracte se complète en six mois. Il persiste une adhérence irienne sur le méridien de 3 heures.

Intervention le 5-12-1952 : D^{rs} Paufigue et Spira.

Incision limbique au couteau agrandie aux ciseaux. Iridectomie périphérique.

Libération des adhérences de l'iris au niveau de l'ancienne plaie. Kystitomie circulaire et arrachement de la capsule antérieure. Il reste un fragment capsulaire adhérent au niveau de la plaie irienne. On le résèque aussi.

Expulsion par pression et lavage d'une cataracte traumatique molle. Il persiste quelques masses en bas. On parvient à introduire sans trop de difficulté la lentille de Ridley sans que le vitré sourde. La desquamation pigmentée habituelle ne se produit pas. L'iris revient bien. Trois sutures cornéennes.

Suites opératoires : iritis exsudative pendant 12 jours. L'iris se dilate bien à l'atropine.

Le 17-12-1952 : Œil calme, pas de synéchie.

Le 8-1-1953 : V.O.G. = $1/3 (120 + 1) - 4$.

De près parinaud 5 ($120 + 1$) + 0,50.

Vision binoculaire normale.

Amplitude de fusion de 16 degrés.

La lentille chevauche progressivement l'iris de 11 heures à 2 heures.

Sclérose irienne, puis rétraction capsulaire progressive.

Intervention le 26-6-1953 : D^{rs} Paufigue et I. Bonnet.

Il est impossible de remettre en place l'iris au devant de la lentille, car il semble y avoir une sclérose irienne repoussée. Par prudence, on enlève la lentille.

Le 6-3-1954 : V.O.G. = $1/4 + 12$.

OBSERVATION N° 7.

Madame M... Mélanie, 70 ans.

Cataracte d'étiologie indéterminée.

Cataracte en soucoupe postérieure avec cavaliers périphériques.

Intervention le 16-1-1953 : D^{rs} Paufigue et Cambrillat.

Incision cornéenne agrandie aux ciseaux. Iridectomie périphérique un peu large. Kystitomie et arrachement de la capsule antérieure. Expulsion d'un gros noyau. Lavage très soigneux des masses. Inclusion de la lentille sans difficulté.

Suites opératoires : kératite striée. L'iris se dilate et dégage le pôle supérieur de la lentille nécessitant l'instillation fréquente de pilocarpine.

Le 14-2-1953 : V.O.D. = $1/4$ — 10.

Le 24-2-1954 : V.O.D. = $5/10$ — 5,50.

La lentille est en antéposition légère mais l'iris recouvre de nouveau la lentille.

Le 5-5-1954 : V.O.D. = $7/10$ — 3,25 (100 — 2,50).

Le 31-8-1954 : V.O.D. = $9/10$ même correction.

V.O.G. = $9/10$ — 0,50.

Lentille bien en place.

Vision binoculaire normale.

Amplitude de fusion de 20 degrés.

Vision stéréoscopique présente.

Depuis mai 1954, le tonus des deux yeux oscille entre 30 et 35. Surveillance régulière sous pilocarpine. Actuellement tonus régularisé.

OBSERVATION N° 8.

Monsieur C... Jean, 32 ans.

Cataracte traumatique O.D.

Strabisme divergent de 13 degrés.

Plaie transfixante O.D. en novembre 1948 par une baguette munie d'une pointe métallique. Vu en février 1953 avec une cataracte totale O.D., petite synéchie antérieure à 11 heures en regard de la perforation.

Intervention le 16-2-1953 : D^{rs} Paufigue et I. Bonnet.

Incision limbique avec deux lambeaux conjonctivaux. Iridectomie périphérique. Kystitomie. Ablation de la capsule antérieure. La synéchie antérieure a été coupée en faisant l'incision. On libère la synéchie postérieure en passant la spatule à travers l'orifice d'iridectomie. Lavage soigneux des masses. Il persiste une légère opacité dans le quadrant temporal inférieur. Mise en place de la lentille sans difficulté.

Le 21-2-1953 : Au cours de l'examen à la lampe à fente, hyphéma à la suite d'un coup de paupière.

Le 26-2-1953 : On aperçoit le décentrement pupillaire.

Le 10-4-1953 : V.O.D. = $1/3$ — 2,50.

Pupille décentrée vers le haut ; la partie supérieure de l'iris apparaît avalée vers la cicatrice opératoire.

Intervention le 13-4-1953 : D^{rs} Paufigue et Cambrillat.

Incision à la lance de 5 heures à 7 heures. Iridectomie inférieure à 6 heures en respectant très largement la région sphinctérienne.

V.O.D. = 5/10 — 4,50.

Diplopie post-opératoire très gênante. Occlusion de deux mois de l'O.G.

Le 16-6-1953 : Vision binoculaire normale.

Fusion à — 2 degrés.

Redressement spontané du strabisme divergent.

Le 4-10-1954 : V.O.D. = 4/10 — 4,50 (0 — 1).

Vision binoculaire normale.

Fusion à 0 degré.

Amplitude de fusion à 30 degrés.

Vision stéréoscopique présente.

Exophorie de près et à distance, mais bonne restitution.

OBSERVATION N° 9.

Monsieur P... Séraphin, 64 ans.

Cataracte d'étiologie indéterminée.

Cataracte totale.

Il existe quelques vacuoles sous capsulaires antérieures du côté opposé.

Intervention le 6-3-1953 : D^{rs} Paufigue et Cambrillat.

Incision cornéenne agrandie aux ciseaux. Kystitomie circulaire. Arrachement de la capsule. Expulsion du noyau par pression et des masses par lavage. Iridectomie périphérique. Mise en place de la lentille sans difficulté. Grosse exsudation pigmentaire.

Le 26-3-1953 : Les suites opératoires ont été marquées par une grosse réaction cornéenne. La cornée a doublé d'épaisseur avec de très gros plis de la descemet, une légère buée épithéliale et de nombreux précipités existent à la face postérieure de la cornée. La pupille est régulière avec synéchies postérieures, gros exsudats pigmentés sur la lentille qui se sont résorbés rapidement.

Le 16-4-1953 : V.O.D. = 1/3 — 1.

Le 2-9-1954 : Résultat parfait, lentille en place, réaction pupillaire normale..

V.O.D. = 6/10 — 3.

De près parinaud 2 sans lunettes.

Vision binoculaire normale.

Amplitude de fusion de 30 degrés.

Vision stéréoscopique présente.

OBSERVATION N° 10.

Monsieur D... René, 42 ans.

Cataracte avec hétérochromie irienne O.D.

Strabisme divergent de 20 degrés.

Cataracte totale.

Intervention le 9-3-1953 : D^{rs} Paufigue et I. Bonnet.

Incision cornéenne. Iridectomie périphérique un peu grande.

Extraction de la cristalloïde antérieure très épaisse et du noyau.

Lavage des masses.

Suites opératoires marquées par un hyphéma léger qui dura 8 jours. Diplopie post-opératoire gênante.

Le 17-4-1953 : D^{rs} Etienne et Cambrillat.

O.D. : reculement de 5 $\frac{m}{m}$ de l'insertion du droit externe.

Résection de 8 $\frac{m}{m}$ du droit interne.

Le 20-2-1954 : V.O.D. : 5/10 +3,50 (95 + 1).

La lentille est en place, mais l'iris dilaté chevauche la lentille à 11 heures.

Le 8-10-1954 : V.O.D. = 5/10 +3 (95 + 2).

Vision binoculaire normale. Fusion à +3 degrés.

Amplitude de fusion de 22 degrés.

Vision stéréoscopique présente.

Maddox à 5 mètres : exophorie de 2 dioptries.

OBSERVATION N° 11.

Madame E... Cécile, 67 ans.

Cataracte d'étiologie indéterminée.

Cataracte unilatérale totale.

Le 20-2-1954 : A.V. = Q.; amblyopie constituée.

Intervention le 13-3-1953 : D^{rs} Paufigue et I. Bonnet.

Incision cornéenne. Petite iridectomie périphérique. Kystitomie et arrachement de la capsule antérieure. Expulsion d'un gros noyau dur. Il reste peu de masses qui sont extraites par lavage et à la pince d'Arruga. Le champ pupillaire est si noir qu'on a l'impression d'avoir fait une totale. Mise en place de la lentille sans difficulté. Lavage à l'acécoline. Grosse exsudation pigmentaire évacuée par lavage.

Suites opératoires simples. Instillation d'atropine.

Le 10-4-1953 : V.O.G. = 2/3 — 1,50.

De près parinaud 3 sans lunettes.

Le 17-10-1953 : La lentille se luxé progressivement dans le vitré par rupture de la zonule en bas. La cristalloïde postérieure est restée en place.

V.O.G. = 2/3 +13.

OBSERVATION N° 12.

Mademoiselle B... Janine, 19 ans.

Cataracte congénitale unilatérale.

Cataracte totale calcaire dense.

Intervention le 9-1-1953 : D^{rs} Paufigue et I. Bonnet.

On commence par une discision au double couteau, au cours de laquelle on morcelle le noyau qu'on arrive à mobiliser et à faire glisser à la partie inférieure. Ouverture de la chambre antérieure par une incision limbique entre 1 heure et 2 heures. On parvient à extraire complètement toutes les masses. En fin d'intervention, on aperçoit une cataracte polaire postérieure assez limitée.

Intervention le 20-3-1953 : D^{rs} Paufigue et Cambrillat.

Incision de sécurité. Iridectomie périphérique. Arrachement de la capsule antérieure. Lavage des masses. Il ne reste plus que la capsule postérieure avec au centre, malheureusement une plaque de cataracte polaire postérieure. Comme elle est largement au-dessus du centre pupillaire, on décide malgré tout de placer une lentille. Tout se passe sans incident. Trois sutures scléro-cornéennes.

Suites opératoires simples. En arrière de la lentille qui est peu pigmentée, on voit les opacités postérieures.

Intervention le 18-5-1953 : D^{rs} Paufigue et Cambrillat.

Incision au couteau de 11 heures à 1 heure. Le kystitome gardé est introduit en arrière de la lentille de Ridley jusqu'au milieu de l'orifice pupillaire et on provoque l'ouverture capsulaire qui paraît assez large. Pas d'issue de vitré. Injection d'air.

Lentille en place. Bon trou sténopéique ; on voit le fond d'œil. Amblyopie.

OBSERVATION N° 13.

Monsieur S... Victor, 30 ans.

Cataracte avec hétérochromie irienne O.D.

Cataracte intumescence.

Intervention le 13-4-1953 : D^{rs} Paufigue et Cambrillat.

Incision cornéenne limbique agrandie aux ciseaux. Iridectomie périphérique. Cataracte très intumescence : dès la kystitomie les masses sont expulsées et il est très difficile de faire un arrachement antérieur de la capsule. Heureusement la capsule antérieure se rétracte sous l'iris et après un bon lavage toutes les masses sont évacuées. Introduction de la lentille de Ridley sans incident. L'iris se contracte bien et la lentille est bien centrée.

Grosse exsudation pigmentaire. Trois sutures scléro-cornéennes. Suites opératoires simples.

Le 12- 5-1953 : V.O.D. : 1/3 --2,25.

Le 15-10-1953 : V.O.D. : 1/2 --2.

Le 9- 3-1954 : V.O.D. : 7/10 --1 (25 -- 1,25).

De près parinaud 2 avec + 1,50 (25 -- 1,25).

Vision binoculaire normale.

Amplitude de fusion de 7 degrés.

Vision stéréoscopique présente.

Résultat anatomique excellent.

OBSERVATION N° 14

Monsieur D... Jean, 49 ans.

Cataracte totale unilatérale.

Eczéma chronique de la face.

Intervention le 24-4-1954 : D^{rs} Paufigue et Cambrillat.

Incision limbique. Iridectomie périphérique. Arrachement de la capsule antérieure. Expulsion d'un noyau dur. Quelques masses restantes sont évacuées par lavage. Inclusion de la lentille sans difficulté bien que l'iris soit dilaté. La pupille se contracte bien à la fin de l'intervention. Plusieurs lavages sont nécessaires pour évacuer le pigment. Trois sutures sclérocornéennes.

Suites opératoires marquées par une réaction exsudative évoluant vers la formation d'une membrane pupillaire pigmentée avec kératite striée. Segmentite antérieure associée à une poussée aiguë d'eczéma facial suintant. Glaucome secondaire.

Intervention le 18-9-1953 : D^{rs} Paufigue et Magnard.

Opération de Campos avec iridectomie sphinctérienne en bas.

Le tonus est régularisé mais l'examen reste très difficile par suite de l'eczéma chronique avec paupière infiltrée et photophobie persistante. Kératite avec œdème de la cornée.

En somme erreur d'indication opératoire. L'eczéma de la face représente une contrindication.

12-54 : cercle périkératique. Œil dur. Enucléation.

OBSERVATION N° 15

Madame C... Josette, 28 ans.

Cataracte dystrophique O.G.

Cataracte totale crayeuse.

Strabisme divergent.

Intervention le 27-4-1953 : D^{rs} Paufigue et I. Bonnet.

Incision cornéenne agrandie aux ciseaux. Iridectomie périphérique petite.

Arrachement de la capsule antérieure. Evacuation du cristallin par pression et lavage. A la fin le champ pupillaire est très noir.

Inclusion de la lentille sans difficulté. Une injection d'acécoline contracte bien la pupille. Trois sutures sclérocornéennes.

Le 27-5-1953 : la lentille a glissé. L'iris a franchi le sphincter de 10 heures à 2 heures donnant une pupille ovale et transversale.

Le 29-5-1953 : D^{rs} Paufigue et I. Bonnet.

On commence par opérer le strabisme : tenotomie du droit externe avec raccourcissement du droit interne.

Incision au limbe de midi à 3 heures. Introduction de la spatule à cyclo-dialyse par l'orifice d'iridectomie. Libération soigneuse de l'iris. On essaie ensuite de mobiliser la lentille, soit en la tirant avec le kystitome, soit en la poussant par le bas. On est obligé de saisir l'équateur de la lentille avec une pince fine et de la tirer vers le haut. Une suture scléro-cornéenne.

Le 11-1-1954 : corépraxie nasale inférieure.

La lentille est en place, bien centrée, mais il existe un décollement rétinien ancien et inopérable.

OBSERVATION N° 16

Monsieur D... Jean, 40 ans.

Cataracte avec hétérochromie irienne O.D.

Intervention le 5-5-1953 : D^r Paufigue.

Inclusion sans difficulté de la lentille de Ridley après extraction extra-capsulaire avec iridectomie périphérique.

Suites opératoires simples.

Le 1-4-1954 : V.O.D. : 5/10 — 2,50.

De près parinaud 2 sans lunettes.

Vision binoculaire présente.

Amplitude de fusion de 23 degrés.

Vision stéréoscopique présente.

OBSERVATION N° 17.

Monsieur B... Pierre, 41 ans.

Cataracte traumatique O.D. sans perforation de la capsule postérieure.

Accident le 13-6-1951. Un copeau de fer perfore la cornée ; pas de corps étranger intra-oculaire.

10 jours après extraction linéaire de la cataracte traumatique par le D^r Picard (Mâcon). Résultat immédiat : A.V. : 6/10.

Cataracte secondaire.

Intervention le 1-6-1953 : D^{sr} Paufigue et Cambrillat.

Incision cornéenne agrandie aux ciseaux. Iridectomie périphérique. Libération des synéchies postérieures. Introduction de la

lentille avec une certaine difficulté car l'iris est atrophique. On fait alors une discision de la capsule postérieure avec le kystitome gardé. A ce moment la lentille est un peu déplacée et on a de la peine à la remettre en place, peut-être parce que le vitré, en arrière, la soulève.

Le 26-9-1953 : V.O.D. : $\frac{1}{3}$ — 5 (10 — 2).

Tonus entre 30 et 40 de juillet 1953 à janvier 1954.

Régularisation du tonus par un traitement à la pilocarpine.

Le 6-10-1954 : V.O.D. : $\frac{4}{10}$ — 4,50 (10 — 0,50).

De près parinaud 3 sans lunettes.

La lentille est bien centrée ; on voit de part et d'autre de la discision, deux brides capsulaires postérieures.

Vision binoculaire normale.

Amplitude de fusion de 9 degrés.

Vision stéréoscopique présente.

OBSERVATION N° 18

Monsieur A... Jules, 48 ans.

Cataracte d'étiologie indéterminée.

Cataracte totale O.D.

Intervention le 5-6-1953 : D^{rs} Paufigue et Cambrillat.

Incision cornéenne en deux temps. Iridectomie périphérique.

Kystitomie et arrachement capsulaire antérieur. Ablation d'un noyau très dur. Lavage soigneux des masses. Mise en place de la lentille de Ridley sans difficulté.

Trois sutures sclérocornéennes.

Suites opératoires simples.

Le 29- 9-1953 : V.O.D. : $\frac{10}{10}$ — 1,75 (90 — 0,25).

Vision binoculaire présente.

Le 29-12-1954 : V.O.D. : $\frac{10}{10}$ sa correction.

Vision binoculaire normale.

Fusion à 0°. Amplitude de fusion de 31°.

Vision stéréoscopique présente.

OBSERVATION N° 19.

Monsieur G... Lucien, 48 ans.

Cataracte avec hétérochromie irienne de Fuchs.

Cataracte morgagnienne O.D.

Intervention le 10-9-1953 : D^{rs} Paufigue et Magnard.

Incision cornéenne avec lambeau conjonctival. Iridectomie pé-

riphérique. Kystitomie. Lavage des masses. Mise en place de la lentille sans difficulté. L'iris est très atrophié et réagit mal à l'acécoline et aux myotiques.

Trois sutures sclérocornéennes.

Suites opératoires simples.

Mais l'on constate deux mois après la bascule en avant de la lentille, le bord inférieur de celle-ci est au devant de l'iris.

Intervention le 6-11-1953 : D^{rs} Paufique et Magnard.

Incision à la lance de 1 heure à 6 heures. Avec la spatule à cyclodialyse introduite à 3 heures, on maintient le cristallin sur le plan frontal pendant qu'avec le kystitome on le harpône pour le faire descendre. La manœuvre réussit bien. Mais comme l'iris est complètement atrophique, la pupille reste dilatée. Grâce à des injections d'acécoline-ésérine-pilocarpine dans la chambre antérieure, on arrive cependant à réduire l'orifice pupillaire et toujours en maintenant le cristallin dans le plan frontal on injecte de l'air dans la chambre antérieure pour maintenir l'iris en place et favoriser le rétrécissement de la pupille. A la fin de l'intervention, la lentille est en place ; mais on n'est pas sûr qu'elle ne se sera pas légèrement mobilisée à la partie supérieure.

Le 20-1-1954 : luxation totale de la lentille dans la chambre antérieure.

Œil un peu dur.

Intervention le 22-1-1954 : D^{rs} Paufique et Magnard.

Incision de sécurité. Ablation de la lentille sans difficulté par simple pression. Une suture sclérocornéenne médiane. Injection d'air.

Le 21-5-1954 : la capsule postérieure s'opacifie. Discision au double couteau.

OBSERVATION N° 20.

Monsieur T... Marius, 46 ans.

Cataracte avec hétérochromie irienne de Fuchs.

Cataracte totale O.D.

Intervention le 12-10-1953 : D^{rs} Paufique et Magnard.

Incision limbique. Iridectomie périphérique. Kystitomie et arrachement capsulaire. Ablation d'un gros noyau. Lavage des masses. Inclusion de la lentille sans difficulté.

Le 24-10-1953 : hypopion en lunule. Traitement : injections intramusculaires de lait, salicylate de soude intra-veineux, pénicilline générale.

27-10-1953 : l'hypopion a disparu, l'œil est calme.

Le 3-11-1953 : sortie de l'hôpital, l'œil est clair. Le malade n'est jamais venu se montrer à la consultation.

OBSERVATION N° 21

Monsieur L... Claude, 33 ans.

Cataracte traumatique O.D. avec plaie capsulaire postérieure.
Cataracte totale.

Plaie pénétrante O.D. en décembre 1952. Zone d'atrophie irienne en regard de la plaie cornéenne avec synéchie.

Intervention le 9-11-1953 : D^r Paufigue et I. Bonnet.

Incision limbique agrandie aux ciseaux. Iridectomie périphérique très petite. Section de la synéchie postérieure à 7 heures avec la pince-ciseaux mousse. Kystitomie et arrachement capsulaire. Expulsion des masses par pression et lavage. On note à ce moment un hiatus dans la cristalloïde postérieure dans le quadrant temporal inférieur. Mise en place de la lentille. L'iris est très scléreux, se contracte mal, malgré l'acécoline et la pilocarpine injectées dans la chambre antérieure. Trois sutures sclérocornéennes. Une injection d'air après laquelle l'iris semble se contracter.

Suites opératoires simples.

Le 21-1-1954 : V.O.D. = 1/6 — 1,50.

Résultat anatomique parfait. Il existe au fond de l'œil une plage de chorio-rétinite maculaire traumatique qui rend compte de la faible acuité visuelle.

Le 16-10-1954 : Même aspect. V.O.D. = 2/10 — 2,50.

Vision binoculaire : Amplitude de fusion faible (6 degrés), expliquée par la présence de la lésion maculaire.

OBSERVATION N° 22.

Madame B..., 57 ans.

Cataracte unilatérale d'étiologie indéterminée.

Cataracte totale.

Intervention le 24-11-1953 : D^r Paufigue.

Inclusion sans difficulté de la lentille de Ridley après extraction extra-capsulaire du cristallin et iridectomie périphérique.

Suites opératoires marquées par une iritis fibrino-plastique, avec occlusion pupillaire.

Le 29-1-1954 : Intervention, D^r Paufigue.

Coréopraxie inférieure sur le méridien de 5 heures.

Le 6-3-1954 : V.O.G. = 7/10. — 1,50 (75 — 2).

De près parinaud 2 avec (165 + 2).

Lentille en place, résultat excellent.

Vision binoculaire normale.

Amplitude de fusion de 26 degrés.

Vision stéréoscopique présente.

OBSERVATION N° 23.

Madame M... Hélène, 35 ans.

Cataracte d'étiologie indéterminée.

Cataracte totale.

Strabisme convergent aigu post-opératoire.

Intervention le 4-12-1953 : D^{rs} Paufique et I. Bonnet.

Incision cornéenne avec lambeau conjonctival coupé au milieu. Iridectomie périphérique. Discision très large de la capsule antérieure. Expulsion du noyau et lavage répété des masses. Mise en place de la lentille de Ridley sans difficulté. Une injection d'adrénaline et d'acécoline intra-camérienne. Une suture scléro-cornéenne; deux conjonctivales latérales. Une injection d'air.

Suites opératoires simples.

Le 2-2-1954 : Diplopie très gênante.

V.O.D. = $1/2 - 4$.

Séclusion totale en position intermédiaire.

Vision binoculaire présente à l'angle du strabisme : $+23^\circ$.

Le 3-2-1954 : Intervention : D^r Paufique.

Recullement du droit interne de $5 \frac{m}{m}$ 5.

Le 6-2-1954 : L'angle du strabisme n'est plus que de 12° .

Le 9-2-1954 : L'angle objectif est de 3° .

Fusion à $+3^\circ$.

Amplitude de fusion de 27 dioptries.

Maddox à 5 mètres : ésochorie de 4 dioptries.

Donc, guérison du strabisme. Résultat fonctionnel bon.

Le 26-10-1954 : cataracte secondaire par rides capsulaires légères.

Intervention le 26-10-1954 : D^r Paufique.

Discision par voie postérieure au couteau à cataracte secondaire.

Suites opératoires simples : petites suffusions hémorragiques dans l'aire pupillaire.

Le 5-11-1954 : V.O.D. = $4/10 - 4$.

Il persiste encore un léger trouble de la chambre antérieure après résorption de l'hémorragie. Large fente dans la capsule.

OBSERVATION N° 24.

Monsieur M... Henri, 37 ans.

Cataracte avec hétérochromie irienne O.G.

Cataracte totale.

Intervention le 7-12-1953 : D^{rs} Paufique et Magnard.

Anesthésie avec curare. Incision limbique avec lambeau conjonctival divisé à midi. Iridectomie périphérique. Kystitomie large. Ablation d'un noyau et de masses par lavage. Introduction facile de la lentille. Lavage à l'adrénaline, l'acécoline, pénicilline. Une suture scléro-cornéenne médiane, pas d'injection d'air.

Suites opératoires marquées par une importante iritis exsudative d'une durée de 3 semaines. Champ pupillaire couvert d'une exsudation fibrineuse.

Le 14-1-1954 : V.O.G. = 1/10 —2.

Ascension progressive de la lentille.

Le 16-2-1954 : la lentille chevauche le bord pupillaire inférieur.

Elle est bridée par la capsule postérieure qui est très tendue.

Le 20-8-1954 : intervention D^{rs} Paufigue et Cambrillat.

Incision de sécurité de 4 heures à 8 heures. Iridectomie périphérique à travers laquelle on introduit la spatule à cycloalyse. On réussit ainsi à décoller les synéchies postérieures très adhérentes. Ensuite, la moitié inférieure de l'iris est passée au devant du bord inférieur de la lentille. Celle-ci reste facilement en place. Injection d'air, une suture sclérocornéenne à 6 heures.

Le 15-10-1954 : V.O.G. = 1/10 —2.

Subluxation récidivante. Mais la lentille reste toujours bien accrochée. Tonus normal.

OBSERVATION N° 25.

Monsieur A... Clément, 45 ans.

Cataracte avec hétérochromie irienne O.D.

Cataracte totale.

Intervention fin 1953 : D^r Paufigue.

Inclusion sans difficulté de la lentille de Ridley après extracapsulaire et iridectomie périphérique.

Suites opératoires simples.

Le 1-4-1954 : V.O.D. = 5/10 +0,50 (90 — 0,50).

Trouble jumeaux du vitré responsable de l'acuité moyenne.

Lentille parfaitement en place.

Vision binoculaire : la neutralisation intermittente de l'œil opéré empêche la fusion.

OBSERVATION N° 26.

Monsieur V... Roger, 40 ans.

Cataracte contusive avec deux petites ruptures sphinctériennes.

Courant 1953, intervention : D^r Paufigue.

Inclusion sans difficulté de la lentille de Ridley après extra-capsulaire et iridectomie périphérique.

Suites opératoires simples.

Le 6-11-1953 : lentille bien en place. Iris légèrement dilaté. Au niveau d'une rupture sphinctérienne à 2 heures, on aperçoit le bord de la lentille. V.O.G. = 5/10 —4 (95 — 1).

Vision binoculaire présente.

OBSERVATION N° 27.

Docteur D..., 46 ans.

Cataracte avec hétérochromie irienne O.G.

Strabisme divergent de 10 degrés.

Intervention : D^r Paufigue, courant 1953.

Inclusion sans difficulté de la lentille de Ridley après extra-capsulaire et iridectomie périphérique.

Le 2-4-1954 : V.O.G. = 5/10 —4 (175 — 1,50).

Disparition spontanée du strabisme divergent,
persistance d'une hyperphorie droite.

Vision binoculaire normale.

Le 9-9-1954 : Dilatation légère de l'iris, on aperçoit à 12 heures le bord de la lentille, qui reste cependant bien en place.

OBSERVATION N° 28.

Monsieur D... Jacques, 20 ans.

Cataracte avec hétérochromie irienne O.G.

Intervention le 4-1-1954 : D^r Paufigue.

Inclusion sans difficulté de la lentille de Ridley après extra-capsulaire et iridectomie périphérique.

Suites opératoires simples.

Le 1-4 1954 : V.O.G. = 6/10 —3,75.

La lentille est parfaitement placée, mais l'iris est dilaté et on aperçoit le bord lental à 7 heures.

Vision binoculaire : amplitude de fusion empêchée par la neutralisation de l'œil gauche.

OBSERVATION N° 29.

Monsieur J... Eugène, 49 ans.

Cataracte contusive.

Amblyopie datant de 6 mois.

Intervention le 14-2-1954 : D^r Paufigue.

Inclusion sans difficulté d'une lentille de Ridley après extracapsulaire et iridectomie périphérique.

Le 8-4-1954 : les suites ont été marquées par une importante iritis plastique avec séclusion pupillaire.

Intervention : D^r Paufigue. Coréopraxie sur le méridien de 4 heures.

Le 11-5-1954 : V.O.G. = 5/10 — 0,50 (140 — 1,50).

Lentille très en place. Une ou deux mottes pigmentaires sur la face antérieure de la lentille.

Vision binoculaire normale.

Amplitude de fusion de 36°.

Sens stéréoscopique présent.

Le 12-9-1954 : Même état.

OBSERVATION N° 30.

Madame L... Marie-Louise, 50 ans.

Cataracte unilatérale d'étiologie indéterminée.

Cataracte totale à maturité.

Intervention le 15-1-1954 : D^{rs} Paufigue et Cambrillat.

Anesthésie avec curare. Incision limbique agrandie aux ciseaux. Iridectomie périphérique. Kystitomie circulaire et arrachement de la capsule antérieure. Lavage soigneux des masses. Mise en place sans difficulté de la lentille de Ridley. La pupille se contracte bien sous l'influence de l'acécoline. Une injection d'air. Trois sutures scléro-cornéennes.

Suites opératoires : la kératite striée a duré 15 jours.

Le 16-2-1954 : V.O.G. = 1/3 — 1,50 (80 — 1,50).

Lentille bien centrée. Synéchies en demi-myriase.

Vision binoculaire normale.

Amplitude de fusion de 25°.

Vision stéréoscopique présente.

Orthophorie à la baguette de Maddox.

Le 18-3-1954 : Les réactions pupillaires existent, mais on aperçoit légèrement le bord supérieur de la lentille à la faveur d'une dilatation de l'iris.

Le 20-5-1954 : V.O.G. = 5/10 — 0,50 (70 — 2).

De près lit parinaud 3 avec +3 (70 — 2).

Le 5-10-1954 : V.O.G. = 4/10 même correction.

La lentille a chevauché le bord sphinctérien en haut, mais reste en place.

OBSERVATION N° 31.

Mademoiselle D... Christiane, 16 ans.

Cataracte traumatique O.G. par plaie perforante datant de 1951. Il ne reste qu'un sac capsulaire avec une synéchie postérieure à 11 heures.

Intervention le 25-6-1954 : D^{rs} Paufique et Magnard.

Anesthésie avec curare. Incision de sécurité agrandie aux ciseaux. Iridectomie périphérique et libération des synéchies postérieures. Inclusion de la lentille de Ridley sans difficulté. Une injection d'air, trois sutures scléro-cornéennes, une sous-conjonctivale de pénicilline.

Suites opératoires simples.

Le 6-7-1954 : V.O.G. = 1/6.

Vision binoculaire normale.

Amplitude de fusion de 14°.

Le 15-11-1954 : V.O.G. = 3/10 — 3,50.

Etat anatomique parfait. La lentille est exactement centrée. L'iris réagit normalement.

Le 2-12-1954 : Luxation de la lentille dans la chambre antérieure.

Le 3-12-1954 : intervention, D^r Paufique.

Incision à la lance, agrandie aux ciseaux. Extraction de la lentille par pression sans difficulté. Une suture scléro-cornéenne : une injection d'air.

OBSERVATION N° 32.

Monsieur L... Robert, 40 ans.

Cataracte avec hétérochromie irienne O.G.

Cataracte totale à maturité.

Intervention le 8-11-1954 : D^{rs} Paufique et Magnard.

Anesthésie avec curare. Incision avec grand lambeau conjonctival divisé. Iridectomie basale petite. Kystitomie large. Ablation des masses après lavage très soigneux. Mise en place de la lentille de Ridley, rendue difficile par la rigidité de l'iris.

Le 16-11-1954 : suites opératoires immédiates marquées par une réaction exsudative importante. La cornée a été peu troublée : il existe encore une membrane fibrineuse dans l'orifice pupillaire.

Le 23-11-1954 : il ne persiste plus que quelques plis de la descemet et une migration pigmentaire légère sur la face antérieure de la lentille.

Le 16-12-1954 : V.O.G. = 4/10 — 4 (90 — 1).

Lentille bien en place.

Vision binoculaire normale.

Amplitude de fusion de 17 degrés.

Vision stéréoscopique présente.

OBSERVATION N° 33.

Monsieur V... André, 40 ans.

Cataracte avec hétérochromie irienne O.G.

Cataracte totale.

Intervention le 8-11-1954 : D^{rs} Paufigue et Magnard.

Anesthésie avec curare. Incision cornéenne exactement limbique sans lambeau conjonctival. Iridotomie basale de l'iris de 11 heures à 1 heure, pour faciliter la descente du sphincter. Large kystitomie qu'on sera obligé de compléter par une résection de la capsule antérieure dans la partie temporale. Lavage des masses qui partent facilement. Inclusion de la lentille de Ridley sans difficulté. Une injection d'air. Trois sutures scléro-cornéennes.

Le 15-11-1954 : Œdème cornéen. Hypervascularisation importante de l'iris.

Le 18-11-1954 : Œdème cornéen a disparu.

Le 14-12-1954 : V.O.G. = 1/10 —2.

Lentille parfaitement centrée. Iris immobile.

Le 4-1-1955 : V.O.G. = 3/10 —2,50.

OBSERVATION N° 34.

Monsieur P... François, 18 ans.

Cataracte traumatique O.D.

Strabisme divergent secondaire.

Plaie perforante en septembre 1953. Il ne reste que la capsule postérieure transparente avec un léger épaissement transversal et inférieur.

Intervention le 17-11 1954 : D^{rs} Paufigue et Cambrillat.

Anesthésie avec curare. Incision de sécurité. On vide doucement la chambre antérieure. Iridotomie basale large. Introduction de la lentille de Ridley sans difficulté. Pas d'injection d'air. Trois sutures scléro-cornéennes. Suites opératoires simples. Réaction cornéenne discrète.

OBSERVATION N° 35.

Monsieur S... Joseph, 14 ans.

Cataracte avec descémétite sans hétérochromie irienne. Syndrome de Fuchs incomplet.

Cataracte totale.

Intervention le 1-10-1954 : D^{rs} Paufigue et Cambrillat.

Anesthésie avec curare excellente. Incision des 2/5 de la cornée avec lambeau conjonctival coupé en deux. Iridectomie périphérique.

Extraction extra-capsulaire avec lavage soigneux des masses. Injection d'air.

Le 25-10-1954 : Capsule transparente.

Le 6-12-1954 : D^{rs} Paufigue et Cambrillat.

Anesthésie avec curare excellente. Incision de la lance agrandie aux ciseaux. Iridotomie parallèle au limbe de 11 heures à 1 heure. Mise en place de la lentille sans difficulté. Trois sutures scléro-cornéennes. Injection d'air.

Le 14-12-1954 : La réaction cornéenne a été très légère. La pupille est bien allongée. Le bord supérieur de la lentille est bien recouvert.

CONCLUSIONS

L'inclusion d'un cristallin artificiel dans l'œil humain a été proposée en 1951 par le chirurgien anglais Harold RIDLEY pour la cure des cataractes.

Une lentille standard a été créée par l'auteur. Elle est moulée dans du polyméthyl méthacrylate ou *Transper I*. Ses caractéristiques proches de celles du cristallin humain permettent d'obtenir après inclusion intra-oculaire, un système optique semblable à celui qui existait avant la formation de la cataracte. On obtient la suppression de l'aniseikonie et de la limitation du champ visuel, qui sont les désavantages principaux de l'extraction intra-capsulaire du cristallin cataracté.

Depuis septembre 1952, le Docteur PAUFIQUE a pratiqué 35 inclusions de cristallin artificiel de RIDLEY.

L'indication de cette intervention est la cataracte unilatérale du sujet jeune. Les diverses étiologies de celle-ci sont la cataracte traumatique et contusive, la cataracte de l'hétérochromie irienne du syndrome de Fuchs, toutes les cataractes unilatérales d'étiologie indéterminée. La cataracte sénile ne peut être une indication à pratiquer la méthode, que si elle est strictement unilatérale.

Les contreindications sont d'ordre optique : myopie ou hypermétropie forte unilatérale ; d'ordre clinique : toute atteinte inflammatoire du segment antérieur contraindiquant la méthode ainsi que les atrophies ou insuffisances du sphincter irien incompatibles avec une bonne rétention de la lentille ; d'ordre général : le diabète, l'hypertension notamment, et en général les maladies donnant des lésions de l'iris ; d'ordre local : ce sont les ruptures et désinsertions de la capsule postérieure.

La technique opératoire se propose après extraction extra-capsulaire du cristallin cataracté de placer la lentille entre la capsule postérieure et le plan irien. Cette inclusion peut se faire dans le même temps opératoire ou dans un deuxième temps, après avoir essayé pendant la période intermédiaire de faire porter un verre de contact et de juger du résultat obtenu sur la vision binoculaire.

Les suites opératoires sont simples. Mais il faut surveiller l'état de l'iris. Il est fréquent de constater une iritis fibrino-plastique, qui réclame parfois une coréopraxie. Cinq fois la lentille se luxa ou se subluxa dans la chambre antérieure. Le chirurgien devra pratiquer dans tous les cas, préventivement, une iridotomie basale large pour protéger le pôle supérieur de la lentille. Une fois le cristallin se luxa dans le vitré. Nous n'avons jamais constaté d'intolérance à la présence de la lentille.

Les résultats des interventions pratiquées par le Docteur PAUFIQUE montrent 45 % d'acuités visuelles supérieures à 5/10. Sur 31 cas, 20 fois la vision binoculaire a été testée. 16 fois elle est normale, 4 fois il existe une neutralisation maculaire.

Cette intervention représente une méthode intéressante pour le rétablissement de la vision binoculaire dans les cas de cataracte unilatérale.

Vu :

Le Doyen,
HERMANN.

Vu :

Le Président de la Thèse,
P. BONNET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 10 Janvier 1955.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

1951

- RIDLEY H. — Intraocular acrylic lenses. *Oxford Opht. Congress*, July 1951.
 C. R. : *Tr. Ophtl. Soc. U. K.* 1951. 71. 617-622.
 Amer. J. Ophtal. 1953. 36/4. 589.
 Zentralblatt Opht. 1953. 59/7. 401.
- ARRUGA A. — Problémas immédiats de la inclusion de la lente de Ridley. *North. of England Opht. Soc. Leeds*, 24 novembre 1951.
 C. R. : *Arch. Soc. Oft. Hisp.-Amer.* (décembre) 11 : 1490-1507.

1952

- ARRUGA A. — L'opération du remplacement du cristallin cataracté par la lentille de Ridley. *Société d'ophtalmologie du Midi de la France*, Toulouse 18 mai 1952.
 C. R. : *Bull. Soc. d'Opht. Fr.* 1952. 7. 727-734.
 — La technique de Ridley pour l'opération de la cataracte. *Société française d'ophtalmologie*, séance du 26 juin 1952.
 C. R. : *Bull. et mém. Soc. Fr. d'Opht.* 1952. p. 423-432.
 — La operacion de catarata con inclusion de lente de plastico. Resultados actuales. *XXX^e Congrès Soc. Ophtal. Hisp.-Amer.*, 5^e session, 20 septembre 1952.
 C. R. : *Arch. Soc. Hisp.-Amer.* 1953. 13/7. 731-745.
 — Lentes plasticas intra-oculares. *Revista Espanola de oto-neuro-ofthalmologie y neuro-cirugia* 1952 (Julio-Agosto) 62/11. 255-265.
 — Experiences with the Ridley lenticulus implant. *Trans. ophtal. Soc. Austr.* 1952. 12. 67-69.
 Analyse : *Exc. med. ophtal.* 1954. 8/8. 329.
- BAIN. — Two cases of cataract extraction with plastic lens implant. *Proc. Royal Soc of Med.* 1952. 1. 45. 29.

- CAVARA V. et CIOTALA G. — Su tre casi di cataratta operati con estrazione extracapsulaire ed inclusione della lente de Ridley. 39° Congresso Soc. Oftalm. Ital., Torino 8 octobre 1952.
C. R. : *Bollet. Ocul.* 1953. 32/3. 129-133.
Amer. J. Ophtal. 1953. 36/6. 1185.
- CHARAMIS J. — Inclusion intra-oculaire de cristallin acrylique d'après Ridley — (en grec) — *Soc. hellen. ophtal.* 22 mai 1952.
C. R. : *Bull. Soc. hellen. ophtal.* 1952. 20/2. 155-156 (res. p. 14).
Arch. ophtal. Paris 1954. 14/4. 407.
— Présentation de malades opérés de cataracte d'après la méthode de Ridley — (en grec) — *Soc. hellen. ophtal.* 19 juin 1952.
C. R. : *Bull. Soc. Hellen. ophtal.* 1952. 20/2. 183 (rés. p. 15)
Arch. ophtal. Paris 1954. 14/4. 407.
— Sur le remplacement d'un cristallin cataracté par une lentille acrylique — (en grec) — *Soc. hellen. ophtal.* 4 octobre 1952.
C. R. : *Bull. Soc. hellen. ophtal.* 1952. 20/3. 340-345 (res. p. 29).
Arch. ophtal. Paris 1954. 14/4. 408.
- DOLCET L. — Lente de Ridley y muela de carbarundo. *Arch Soc. Hisp.-Amer.* 1952 (Mayo). 12/5. 516-517.
— Lente de Ridley. Casos personales. XXX° Congrès Soc. Ophtal. Hisp.-Amer. 5° session. 20 septembre 1952.
C. R. : *Arch. Soc. Oft. Hisp.-Amer.* 1953. 13/6. 665-671.
- DUARTE GUZMAN A. — Implante de cristallino plastico. Modification a la tecnica de Ridley. *Revista « vida nueva »* 1952 (Noviembre) LXIX/5.
- MALBRAN J.L. et SALLERAS A. — Resultados inmediatos de la inclusion de Cristalinos plasticos en 15 casos. *Sesion cientifica del dia 18 de junio de 1952, Soc. Argentina de oftal.*
C. R. : *Arch. oftal. Buenos-Aires* 1952. 27/10. 440-446.
Amer. J. Opht. 1953. 36/8. 1.186.
— Resultados alejados de la inclusion de cristalinos plasticos. *Soc. Oftal. Argent.* 6 novembre 1952.
C. R. : *Arch. Oftal Buenos-Aires* 1953. 28/3. 134-135.
- SILVAN LOPEZ F. — Sobre el empleo de ventosas de caucho para la operacion de cataracta y para colocacion de la lente de Ridley. XXX° Cong. Soc. Oft. Hisp.-Amer. 5° session, 20 septembre 1952.
C. R. : *Arch. Oftal. Hisp.-Amer.* 1953. 13/6. 671-681.
- PHILIPS A.S. — Acrylic lens implants *Middlands ophtal. Soc.* 8 mai 1952.
C. R. : *Trans. ophtal. Soc. U. K.* 1952. 72. 669.

- RIDLEY H. — Intraocular acrylic Lenses after cataract extraction. *The Lancet* 1952 (19 janvier) 262 N° 6699, p. 118-121.
Analyse : *Zentralblatt Opht.* 1952. 58/1. 71.
— Intraocular acrylic lenses. A recent development in the surgery of cataract. *Brit. J. Opht.* 1952. 36/3. 113-122.
Analyses : *Zentralblatt Opht.* 1953. 59/4. 238.
Arch. Soc. Opht. Hisp.-Amer. 1953. 13/5. 591.
Excerpta Med. Ophtal. 1953. 7/3. 134.
— Acrylic lens implants. — *Middlands ophtal. Soc.* 8 mai 1952.
C. R. : *Trans. ophtal. Soc. U. K.* 1952. 72. 669.
— Further observations on intra-ocular acrylic lenses. *Oxford Opht. Cong.* 3/5 juillet 1952.
C. R. : *Tr. Opht. S. U. K.* 1953. 72. 511-514.
Arch. Ophtal. Paris 1953. 13/4. 434.
Zentralblatt Opht. 1953. 60/1-2. 81.
— Further Observations on intra-ocular acrylic lenses in cataract surgery. 57° *An. Ses. of the Amer. Acad. of Opht. and Otol.* 1952 (12-17 oct.) Chicago.
C. R. : *Tr. Am. of Opht. and otol.* 1953. 57/1. 98-106.
— Cristallins acryliques intra oculaires. *Colorado Opht. Soc.* 31 oct. 1952.
C. R. : *Amer. J. Opht.* 1953. 36/7 (Part. 1) 988.

1953

- ANTON M. — L'opération de Ridley (en espagnol) — *Arch. Soc. Cub. ofhtal.* 1953. 3. 93-95.
Analyse : *Aggior ter. ofhtal.* 1954. 6/4. 61-62.
ARRUGA H. — Opération de Ridley. 1^{er} congrès latin d'opht. à Rome. 10-13 juin 1953.
BARRAQUER J. et BAILBE N. — Enseignements tirés de notre statistique opératoire dans le cas de remplacement du cristallin cataracté par la lentille de Ridley. *Instit. Barraquer*, oct. 1953.
C. R. : *Est. inf. ofhtal. Barcelona* 1953. 5. N° 13.
CHARAMIS J. — Inclusion de cristallin acrylique. 1^{er} Congrès latin d'Ophtalmologie à Rome, 10-13 juin 1953.
— Sur l'inclusion de cristallins acryliques après extraction de cataracte. *XL^e Congrès, Société d'Ophtalmologie Italienne, Rome*, 14-15 juin 1953.
DESVIGNES P. — Une nouveauté dans l'opération de la cataracte. *L'Hôpital*. Juin 1953.
DESVIGNES P., SIRIEIX C. — Sur l'emploi des lentilles en acrylique dans l'opération de la cataracte. *Gazette des Hôpitaux* 1953. (10 mai). 13. 205-210.

- FINLAY J. et ROMAINE H. — Report on the use of intraocular acrylic lens. part. II. *Amer. acad. oftal. Chicago* 11 novembre 1953.
C. R. : *Trans. Amer. Acad. oftal.* 1954. 58. (57-60).
Zbl. oftal. 1954. 63/1-2. 119.
- GOLDSMITH A. J. B. — The traitment of cataract with particular reference to acrylic lenses. *The Practitioner* (mai) 170. 1019. 465-470.
- GUPTA M. K. — Our experiences with intra-ocular acrylic lens implant in cataract surgery. *Ophthalm. J. Gandhi Eye hosp.* 1953. 3. 13-17.
Analyse : *Ophthalm. Lit.* 1953. 7/6. 763.
- GUZMANN A.D. — Implante de cristalino plastico. Modificacion a la tecnica de Ridley. *Arch. Soc. Cubana oftal.* 1953. 3. 96-99.
Analyse : *Ophthalm. Lit.* 1953. 7/5. 658.
- JONKERS G.H. — Intraocular acrylic lenses. A case report. *Ophthalmologica Basel* 1953. 126/1. 55-57.
Analyse : *Instantanés Médicaux* 1953 (17 octobre) N° 47. 1512.
- MAC LEAN J.A. — Emploi du cristallin en acrylique de Ridley. *Canadian Ophth. Soc.* 14 juin 1953.
C. R. : *Arch. Ophth. Chicago* 1953. 50/6. 781.
- MILLER H.A. et CARTON M. — Présentation de malades opérés de cataracte avec inclusion d'une lentille en acrylique. *Soc. d'Ophth. de Paris*. Séance du 16 mai 1953.
C. R. : *Bulletin Soc. Ophthalm. Fr.* 1953. 5. 455-467.
Arch. Ophth. Paris 1953. 13/5. 495.
- MILLER H.A. — Remplacement du cristallin par une lentille en acrylique dans l'opération de la cataracte. *Annales oculistiques* 1953. 186/4. 312-322.
- NAIM A.I. — Mon expérience de l'opération de Ridley. (My experience in Ridley's operation). *Ophthalm. Soc. Egypt* 1953.
C. R. : *Bull. ophthalm. Egypt* 1953. 46/1. 281-285.
Exc. méd. ophthalm. 1954. 8/10. 413.
Arch. ophthalm. Paris 1954. 14/7. 749.
- PALAZON A. — Aportacion Technical al procedimiento de Ridley. *Arch. Soc. Hispano-Amer.* 1953. 13/3. 306-308.
- PATEL V.P. — The Ridley intra-ocular acrylic lens. *Brit. J. Ophthalm.* 1953. 37/7. 423.
- PATWARDHAN D.G. — A case of intraocular lens implant. *Med. Dig. Bombay.* 1953. 21/7. 398-400.
Analyse : *Ophthalm. Lit.* 1953. 7/4. 498.
- REESE W.S. et HAMDI T.N. — Rapport préliminaire sur l'opération de Ridley. (A preliminary report on the Ridley operation). *Amer. Med. Association, section on Ophth.*, June 4, 1953.
C. R. : *Amér. J. Ophth.* 1953. 36/4. 536.
- DE ROETH A. — Cristallin acrylique de Ridley. (Ridley's cataract). *Amer. J. Ophthalm.* 1953. 36/11. 1565-1570.
- SIRIEIX Ch. — Sur l'emploi des lentilles artificielles dans l'opération de la cataracte. *Thèse Paris* 1953.

STRAMPELLI B. — Sopportabilità li lenti acriliche in camera anteriore nella afachia e nei vizi di refrazione. *Soc. Lombarda oftal. Pavia* 8 décembre 1953.

C. R. : *Ann. ottal. et Clin. oculist.* 1954. 80/2. 75-82.

THEOBALD D. — In regard to the Ridley implant. *Amer. J. Ophthal.* 1953. 36/10. 1471.

1954

ARRUGA. — Ventajas e inconvenientes de la operacion de cataracta de Ridley substituyendo el cristalino por una lente de materia plastica. *Rev. oto-neuro-oftal. y neurocir.* 1954. 71/2. 1-7.

Analyse : *Aggior. ter. oftal.* 1954. 6/4. 52-53.

BARON A. — Prothèses cornéennes et cristalliniennes en matière plastique. *Soc. ophtal. Franç.* 23 mai 1954.

C. R. : *Arch. ophtal.* 1954. 14/6. 623.

BORNER. — Die erster Ergebnisse über die Einpflanzung intraokularer Linsen aus Plexiglas bei der Staroperation nach Ridley. *Soc. ophtal. Univ. Berlin* févr. 1954.

C. R. : *Klin. Mbk. Augenheilk.* 1954. 124/6. 751.

CUNHA VAZ. — Contribution à l'implantation du cristallin de Ridley. (*Contribuição para a implantação de lente Ridley*). *Arqu. port. oftal.* 1954. 6/1. 50-59.

PARRY T.F.W. — Modification in intra-ocular acrylic lens surgery. *Brit. J. ophthal.* 1954. 38/10. 616-618.

PAUFIQUE et CAMBRILLAT. — Strabisme concomitant aigu apparu au cours de l'évolution d'une cataracte. Opération de Ridley et intervention sur le strabisme. Guérison. *Soc. ophtal. Lyon* 21 févr. 1954.

C. R. : *Bull. Soc. ophtal. Fr.* 1954. 3. 261-262.

PAUFIQUE L. — Opération de Ridley. Technique. Complications. Résultats. *Soc. Fr. ophtal. Paris* 23 mai 1954.

C. R. : *Arch. ophtal. Paris* 1954. 14/6. 623.

RAIS H. — De l'opération de Ridley. Présentation de deux opérés de cataracte avec inclusion de cristallins en acrylique. *Soc. Sci. méd. Tunisie.* 22 janvier 1954.

C. R. : *Tunisie Médicale* 1954. 2. 123-125.

ROUGIER J. — Correction de l'aphakie par les verres de contact et les lentilles cristalliniennes de Ridley. *Soc. Franç. ophtal. Paris*, 23 mai 1954.

C. R. : *Arch. ophtal. Paris* 1954. 14/6. 624.

REESE W.S. — Reports on the use of the intraocular acrylic lens. Ridley operation. *Tr. amer. acad. ophtal. janvr.* Févr. 1954. 58. 55-60.

Analyse : *Amer. J. ophtal.* 1954. 38/2. 270.

SAUBERMANN G. — Résultats de l'implantation de cristallin en acrylique. (Uber Resultate nach Kunststofflinsen-Implantation). *Soc. Suisse ophtal. Saint-Gall*. 22 octobre 1954.

FILMS

1954

ARRUGA. — L'opération de Ridley. *Soc. Belge Ophtal.* 7 mars 1954. (Projection de 2 films).

BARRAQUER. — Opération de Ridley. *Journées ophtalmologiques Alger*. 10 avril 1954.

1953

MILLER H. — Cristallin en acrylique. (Acrylic lens). *Ophtal. Soc. U. K.* 25 avril 1953.

PHILIPS A.S. — Insertion d'un cristallin en acrylique. (Insertion of a plastic lens). *Ophtal. Soc. U. K.* 25 avril 1953.

RIDLEY H. — Opération du cristallin intraoculaire en acrylique (The intra-ocular lens operation). *Ophtal. Soc. U. K.* 25 avril 1953.

ARRUGA. — La chirurgie de Ridley, (Film). *Société d'Ophtalmologie Allemande*. 30 août 1953 à Heidelberg.
C. R. : *Zbl. Opht.* 1953. 60/4-6. 224.

1952

MILLER H. — Inclusion d'un cristallin acrylie dans l'opération de la cataracte. Film. Paris.

RIDLEY H. — Les lentilles de plastique en remplacement du cristallin dans l'opération de la cataracte. Film présenté à la 5^e réunion plénière des Sociétés d'Ophtalmologie de France. Nantes. 4-6 avril 1952.

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE I. — Introduction et historique	11
— II. — La lentille	15
— III. — La technique opératoire	17
— IV. — Indications opératoires	23
— V. — Les suites opératoires	29
Suites opératoires normales	29
Suites opératoires anormales	30
Accidents et complications	35
— VI. — Résultats	47
OBSERVATIONS	57
CONCLUSIONS	77
BIBLIOGRAPHIE	79

Imprimerie
BOSC Frères
42, Quai Gailleton — LYON
